



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

PROMOÇÃO DA SAÚDE NO IDOSO: CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA MANUTENÇÃO DA FUNCIONALIDADE NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO.

Maria José Gomes Sendão



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Maria José Gomes Sendão

PROMOÇÃO DA SAÚDE NO IDOSO: CONTRIBUTOS
DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO
NA MANUTENÇÃO DA FUNCIONALIDADE NO
IDOSO INSTITUCIONALIZADO.

IV Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Salomé Martins Ferreira

Abril de 2018

Resumo

O envelhecimento da população a que atualmente assistimos está a tornar-se uma das principais preocupações no domínio da saúde e a avaliação da funcionalidade dos idosos tem vindo a ganhar destaque nas investigações sobre o envelhecimento

Com o avançar da idade, as perdas funcionais tornam-se evidentes e consequentemente, os idosos deixam de ser capazes de realizar atividades de vida diárias, perdendo a independência funcional, sendo esta dimensionada em termos de habilidade e capacidade para realizar determinadas atividades, uma vez que se caracteriza como uma das grandes componentes da saúde do idoso.

Face ao envelhecimento, as atuais necessidades de saúde da população idosa representam uma oportunidade para o enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação fazer uso das suas competências, colocando-as em prática e, por conseguinte, contribuir para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos idosos.

A Enfermagem de Reabilitação torna-se assim, fundamental nos serviços de saúde, ao permitir uma intervenção atempada, dirigida às necessidades individuais específicas, que poderá determinar o sucesso da adaptação do idoso mantendo-o ativo, independente e participativo.

Abordando o paradigma quantitativo de investigação, foi efetuado o presente estudo correlacional e longitudinal.

Este estudo teve como finalidade contribuir para o desenvolvimento da Enfermagem de Reabilitação e o nosso objetivo principal foi conhecer os contributos da Enfermagem de Reabilitação na manutenção da funcionalidade do idoso institucionalizado. Como objetivos específicos foram definidos os seguintes: caracterizar o idoso ao nível sociodemográfico e caracterizar a funcionalidade do idoso institucionalizado antes e após um programa de reeducação funcional motora.

Pretendeu-se conhecer os contributos da Enfermagem de Reabilitação na manutenção da funcionalidade no idoso Institucionalizado, através da aplicação e avaliação do efeito de um programa de reeducação funcional motora.

A amostra incluiu 35 idosos institucionalizados em estruturas residenciais para idosos. Os dados foram colhidos através da aplicação de um questionário sociodemográfico, da aplicação do Mini mental para selecionar os utentes e da Escala MIF.

Verificamos que a média de idades foi de 79,7 anos, na sua maioria mulheres (71,4%), Viúvos (40 %), 51,4 % com o primeiro ciclo, e em média estavam institucionalizados à cerca de 3 anos.

Constatamos através dos resultados obtidos que os idosos sujeitos a cuidados de Enfermagem de Reabilitação, recuperaram 28,17% da sua funcionalidade, sendo que nenhuma das características sociodemográficas influenciou esta recuperação

.

De todas as atividades de vida avaliadas onde se verificou maior impacto da intervenção dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação foi na Mobilidade - Transferências (9,12 %) seguida da Locomoção (7,76 %) e da dos Autocuidados (7,21%), e a que menos aumentou foi a da Cognição social (0,82%).

Os resultados obtidos apontam para o facto de os idosos institucionalizados, poderem beneficiar da intervenção dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação na sua funcionalidade e obter maior qualidade de vida.

Palavras-chave: Idoso; Funcionalidade; Enfermagem de Reabilitação; Reabilitação motora

Abstract

The aging of the population that currently witnessing is becoming a major concern for health and the evaluation of health status and functional capacity of the elderly has gained importance in research on aging.

With advancing age, the functional losses become evident and consequently, the elderly fails to perform ADLs, thus decreasing its functional independence being this scaled in terms of skill and ability to perform certain activities, this being one of the major components of the health of the elderly.

In view of the aging, the current health needs of the elderly population represent an opportunity for the nurse specialist in Rehabilitation Nursing to make use of the skills they hold, putting them into practice and, therefore, contribute to health promotion and improvement of the quality of life of the elderly.

Nursing rehabilitation thus becomes crucial in the current health services, by allowing early intervention, targeted at specific individual needs that may determine the successful adaptation of the elderly keeping it active, independent and participatory.

Approaching the quantitative research paradigm, the present correlational and longitudinal study was carried out.

This study aimed to contribute to the development of Rehabilitation Nursing and our main objective was to know the contributions of Rehabilitation Nursing in maintaining the functionality of the institutionalized elderly. The following specific objectives were defined: characterize the elderly at the socio-demographic level and characterize the functionality of the institutionalized elderly before and after a motor functional re-education program

The intention was to know the contributions of Rehabilitation Nursing in the maintenance of functionality in the Institutionalized elderly, through the application and evaluation of the effect of a motor functional reeducation program.

The sample included 35 elderly individuals institutionalized in residential structures for the elderly. Data were collected through the application of a sociodemographic questionnaire, the application of the mental Mini to select the users and the MIF Scale.

It was verified that the average age was 79.7 years, mostly women (71.4%), widowers (40%), 51.4% with the first cycle, and on average were institutionalized to about 3 years.

We found from the results obtained that patients undergoing rehabilitation nursing care regained 28.17% of their functionality, and none of the sociodemographic characteristics influenced this recovery.

Of all the life activities evaluated where the greatest impact of the rehabilitation nursing care intervention occurred, it was Mobility - Transfers (9.12%) followed by Locomotion (7.76%) and Self Care (7.21%), and the one that increased the least was that of social Cognition (0.82%).

The results obtained point to the fact that the institutionalized elderly can benefit from the intervention of Rehabilitation nursing care in its functionality and obtain a higher quality of life.

Key words: Elderly; Functionality; Nursing Rehabilitation; Motor rehabilitation

Agradecimentos

Agradeço a todos os que me mostraram o caminho...

À Professora Doutora Maria Salomé Martins Ferreira, agradeço a orientação que me foi prestada no decurso da elaboração do trabalho.

À minha Família, agradeço todo o seu amor e apoio incondicional.

A Deus agradeço a Luz que sempre tem iluminado o meu caminho.

Às minhas amigas Liliana Fernandes, Kellie Cerqueira e Gisela Silva.

Um especial Obrigada.

O presente estudo é dedicado aos meus pais.

“é missão de todos os seres humanos cuidar de tudo o que dá forma
ao mundo e de tudo o que contribui para o tornar cada vez mais humano”

Hesbeen (2003, p. 59)

Sumário

Resumo	ii
Abstract	iv
Agradecimentos	vi
Dedicatória	vii
Pensamento	viii
Índice de figuras	xi
Índice de tabelas	xii
Índice de gráficos	xiii
Siglas	xiv
 INTRODUÇÃO	 15
 PARTE I - FASE CONCEPTUAL	 17
1. PROMOÇÃO DA SAÚDE	18
2. ENVELHECIMENTO: UNIVERSALIDADE DO FENÓMENO	22
2.1. Factores associados ao envelhecimento	24
2.1.1. Factores pessoais	24
2.1.2. Factores situacionais	25
3. ENVELHECIMENTO: UMA PREOCUPAÇÃO DA SAÚDE	26
4. INSTITUCIONALIZAÇÃO	28
4.1. A Institucionalização do idoso	30
5. (IN)DEPENDENCIA FUNCIONAL	33
5.1. (In) dependência funcional no Idoso	35
6. DA INDEPENDENCIA FUNCIONAL À DEPENDENCIA FUNCIONAL	36
7. ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA MANUTENÇÃO DA FUNCIONALIDADE NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO	41
 PARTE II - FASE METODOLÓGICA	 44
1. TIPO DE ESTUDO	46
2. OBJETIVOS DE ESTUDO	46
3. VARIÁVEIS	47
4. POPULAÇÃO E AMOSTRA	49
5. PROCEDIMENTO DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS	49

5.1.	Instrumentos de Recolha de Dados	51
5.1.1.	Mini-Exame do Estado Mental	51
5.1.2.	Questionário Sóciodemográfico	52
5.1.3.	Escala de Medida da Independência Funcional (MIF)	52
PARTE III - FASE EMPÍRICA/INFERENCIAL		56
1.	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	57
1.1.	Caraterização Sóciodemográfica	58
1.2.	Caraterização funcional da amostra	61
1.3.	Resultado do teste das hipóteses	64
1.4.	Discussão dos Resultados	72
CONCLUSÃO		78
BIBLIOGRAFIA		82
 ANEXOS		
ANEXO A - Pedido formal de autorização de colheita de dados às instituições		93
ANEXO B - Mini-Exame do Estado Mental		96
ANEXO C - Escala de Medida de Independência Funcional		98
 APÊNDICES		
APÊNDICE A - Questionário Sóciodemográfico		101
APÊNDICE B - Programa de reeducação funcional motora		103
APÊNDICE C - Avaliação do programa de reeducação funcional motora por sessão		106
 Índice de figuras		
Fig.1 - Etapas do Ciclo de Vida		19
Fig. 2 - Seleção da amostra		49
Fig. 3 - Etapas do estudo		50

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Confiabilidade da escala MIF	55
Tabela 2 - Caracterização da amostra segundo a distribuição da idade dos participantes	58
Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo o nível da escolaridade	59
Tabela 4 - Caracterização da amostra segundo a distribuição do gênero	59
Tabela 5 - Caracterização da amostra segundo os Antecedentes Pessoais	60
Tabela 6 - Caracterização da amostra segundo o tempo de institucionalização	61
Tabela 7 - Caracterização da amostra segundo os valores de MEEM por ERPI	61
Tabela 8 - Caracterização da amostra segundo a comparação da independência funcional no 1º Momento de avaliação e o 2º Momento de Avaliação	62
Tabela 9 - Caracterização da amostra segundo os valores das dimensões e subdimensões da Independência Funcional	63
Tabela 10 - Diferenças na Independência Funcional por Instituição	63
Tabela 11 - Caracterização da amostra segundo a comparação da independência funcional entre as ERPI	64
Tabela 12 - Resultados do teste de Mann-Whitnes na Variável Independência Funcional segundo o gênero	65
Tabela 13 - Resultados do teste t para diferenças entre os dois momentos, relativamente à idade (n= 35)	66
Tabela 14 - Resultados do teste de Wilcoxon para a diferença entre os dois momentos de avaliação segundo o tempo de institucionalização (n = 35)	67
Tabela 15 - Resultados da correlação entre as variáveis sociodemográficas e nível de funcionalidade	67
Tabela 16 - Resultados do teste de Wilcoxon nas subdimensões da Incapacidade Funcional (n = 35)	69
Tabela 17 - Ganhos na Independência Funcional entre o 1º e 2º Momento de Avaliação (n = 35)	70
Tabela 18 - Distribuição da significância das variáveis da MIF	71

Índice de gráficos

Gráfico 1 - Caracterização da amostra segundo o estado civil

59

Siglas

AVD's - Atividades de vida diária

AIVS's - Atividades instrumentais de vida diária

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CIPPE - Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem

DGS - Direção Geral de Saúde

EER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ERPI - Estrutura Residencial para Idosos

H1 -Hipótese 1

H2 - Hipótese 2

MEEM - Mini Mental State Examination

INE - Instituto Nacional de Estatística

MIF - Medida de Independência Funcional

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

WHO - World Health Organization

INTRODUÇÃO

A imobilidade é o resultado da supressão dos movimentos corporais de uma ou mais articulações, impedindo continuamente a pessoa de desempenhar as suas atividades de vida diárias.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), 2013, são já conhecidos os efeitos nefastos da imobilidade e na prática clínica assistimos cada vez menos à prescrição da restrição da mobilidade, como coadjuvante do processo terapêutico.

Este aspeto torna-se particularmente importante na pessoa idosa, uma vez que estes, devido ao seu estado fisiológico, têm maior propensão para desencadear todos os efeitos secundários da imobilidade de uma forma mais súbita.

Segundo a Pordata (2018) em 2016 residiam em Portugal 10.325,5 habitantes, dos quais cerca de 2.158.732 apresentavam idade maior ou superior a 65 anos.

O envelhecimento é um fenómeno que abrange a população a nível mundial, portanto, o aumento do número de idosos eleva consideravelmente a possibilidade de aparecimento de doenças crónicas/degenerativas e concomitantemente ao aumento do nível dependência. No entanto, este não é o único motivo que leva à imobilidade, pois as causas são multifatoriais.

A qualidade de vida está associada a diversos aspetos do dia-a-dia das pessoas, nomeadamente aspetos relacionados com o domínio do bem-estar económico-financeiro, assim como, com o domínio do bem-estar psicológico, social e espiritual. Para Queiroz (2010), o conceito de qualidade de vida pode ser visto como o resultado de todos os fatores que agem sobre o homem, e como ele responde a esses fatores, sendo diretamente proporcional ao status funcional, que é traduzido basicamente pela capacidade de desenvolver as atividades de vida diárias.

Segundo Neri (2001), a capacidade/independência funcional, tem sido definida como grau de preservação do indivíduo na capacidade de realizar atividades de vida diária (AVD's) ou de autocuidado e também para desenvolver atividades instrumentais de vida diária (AIVS's).

A Reabilitação em idosos sujeitos a imobilidade é urgente, no sentido de os ajudar a readquirir as funções físicas, psicológicas e sociais, prevenindo o desenvolvimento da síndrome de imobilidade. A Enfermagem de Reabilitação pretende dar ênfase à recuperação ao nível das atividades de vida diárias, na mobilidade, na comunicação, na deglutição, nos défices cognitivos e nas relações sociais.

Considerando que, um trabalho de investigação nasce do desejo que o investigador manifesta em estudar determinado tema, normalmente algum problema com que se depara diariamente, a presente escolha recaiu sobre a Reabilitação do idoso sujeito a imobilidade, uma vez que os profissionais de saúde são confrontados com as incapacidades, necessidades e complicações que estes idosos apresentam devido às suas limitações. A problemática em estudo emergiu da nossa prática clínica no sentido em que, trabalhamos diretamente com idosos sujeitos à imobilidade. Sendo assim, gostávamos de ver este assunto aprofundado e verificar se os cuidados do Enfermeiro de Reabilitação têm impacto na recuperação da independência funcional dos idosos sujeitos a imobilidade.

Tal como refere Fortin (2009) a investigação trata-se de um instrumento crucial, para resolver problemas ligados ao mundo real e à prática baseada na evidência científica, como um caminho a seguir para a excelência dos cuidados. No papel de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, consideramos pertinente conhecer quais os contributos da Enfermagem de Reabilitação na manutenção da funcionalidade do idoso institucionalizado. Desta forma, o presente estudo tem como finalidade contribuir para a valorização da importância dos cuidados do Enfermeiro de Reabilitação na manutenção e recuperação da independência funcional do idoso sujeito a imobilidade.

Consideramos pertinente avaliar a funcionalidade dos idosos antes e após a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação a fim de perceber o impacto da sua intervenção, pois acreditamos que este dará um contributo importante no conhecimento da evolução dos mesmos e contribuirá para entender qual a importância e o contributo da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação para a qualidade de vida dos idosos.

Optámos por um estudo correlacional no sentido de explorar e determinar a existência de relações entre as variáveis em estudo, longitudinal uma vez que realizamos dois momentos de avaliação, com o intuito de descrever essas mesmas relações, fazendo uso de uma metodologia de natureza quantitativa,

O trabalho encontra-se estruturado em 3 partes: a primeira refere-se ao enquadramento conceptual, onde são descortinados conceitos fundamentais para a compreensão do estudo, a segunda ao enquadramento metodológico, onde delineamos o desenho do estudo e a terceira onde apresentamos e efetuamos a análise e discussão dos resultados obtidos.

Este relatório termina com a síntese das conclusões do estudo. De salientar que este percurso de investigação constituiu um fantástico momento de aprendizagem em todas as suas fases, tanto pelos resultados obtidos como pelo processo de investigação em si.

1.PROMOÇÃO DA SAÚDE

As concepções de saúde e doença têm vindo a ser alvo de modificações, em função do contexto histórico, cultural, científico, social e pessoal, sustentando assim múltiplas representações. O conceito de saúde, era inicialmente perspectivado de uma forma redutora, como ausência de doença, reportava-se, apenas a um equilíbrio fisiológico e biológico descurando outras dimensões.

Na atualidade, existem múltiplas dimensões de natureza subjetiva e objetiva, que influenciam a concepção de saúde, tais como os determinantes económicos, pessoais, sociais, culturais e a influência dos media (Araújo, 2006). Assim, na procura da aceção que cada pessoa atribui ao termo saúde, pode-se inferir que, apesar da subjetividade presente em cada uma das definições, está maioritariamente expressa uma abordagem holística, em que são valorizadas várias componentes da existência humana, tais como o bem-estar físico e mental, as condições de habitação, o sucesso profissional, entre outros elementos.

A promoção da saúde é o processo que permite às pessoas controlar e melhorar a sua saúde. Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) (2006, p.9), “A promoção da saúde e os cuidados de prevenção, dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade e melhoram a saúde e a qualidade de vida e ajudam a racionalizar os recursos da sociedade.”

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1986), na Carta de Ottawa, a promoção da saúde é entendida como o processo que propõe aumentar a capacidade dos indivíduos e comunidades para controlarem a sua saúde, de forma a melhorá-la. Fomenta o indivíduo a estar apto a identificar e a realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio, de forma a atingir um estado meios para assegurar um maior controlo sobre a sua própria saúde e de a melhorar, através da melhoria da informação, da educação para a saúde e do reforço das competências que habilitem para uma vida saudável, pelo que é fundamental educar a população.

Assim, de acordo com o mesmo autor, a promoção da saúde representa um processo global, que exige uma ação coordenada de todos os intervenientes: governos, setores da saúde, social e económico, organizações não-governamentais e de voluntários, autarquias, empresas e comunicação social. Os serviços de saúde, além das suas responsabilidades na prestação de cuidados clínicos e curativos, devem orientar-se cada vez mais para a promoção da saúde. A investigação em saúde, educação e formação dos profissionais assume especial importância no sentido de conduzir à mudança de

atitudes e de organização dos serviços de saúde, focando-se nas necessidades totais do indivíduo, enquanto pessoa, entendido na sua globalidade.

De acordo com a DGS (2012, p. 2), o itinerário individual de saúde não é constante, tem imposições específicas e etapas particularmente importantes, que se denominam por Períodos Críticos que, pela forma como se processam, influenciam as etapas do Ciclo da Vida.

Segundo a World Health Organization (WHO) (2010), a intervenção nestas etapas, chamadas de Janelas de Oportunidades, é promotora e protetora da saúde e pode ter elevada relevância a médio e a longo prazo.

A perspetiva da abordagem ao longo do ciclo de vida, salienta a oportunidade de intervir precocemente nos fatores de risco, essenciais para a prevenção das doenças crónicas e das complicações, pelo rastreio, diagnóstico precoce e promoção da adesão terapêutica, bem como pela Reabilitação e/ou integração da pessoa com limitações funcionais, na sociedade.

Segundo a DGS (2004) são consideradas etapas do Ciclo da Vida, as definidas no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, conforme a Figura 1. Para cada etapa ilustram-se necessidades e determinantes de saúde específicos:

- Nascer com Saúde, gravidez e período neonatal;
- Crescer com Segurança, pós-neonatal até 9 anos;
- Juventude à procura de um Futuro Saudável, dos 10 aos 24 anos;
- Uma Vida Adulta Produtiva, dos 25 aos 64 anos;
- **Um Envelhecimento Ativo, acima dos 65 anos.**
- Morrer com Dignidade.

Figura 1 - Etapas do Ciclo de Vida

Sendo o envelhecimento ativo acima dos 65 anos, uma necessidade de saúde específica, DGS (2004), apresenta-se como uma oportunidade de intervenção para a Enfermagem de Reabilitação, uma vez que a Enfermagem de Reabilitação é uma área que atende os problemas de saúde ao longo de toda a vida e a intervenção nesta área poderá ser um forte contributo para a promoção da saúde.

Os Enfermeiros detentores da especialidade de Reabilitação atuam de forma a proporcionar qualidade de vida pela prevenção de sequelas resultantes dos processos de doença e/ou tratamento e a adaptação funcional aos défices e/ou processos de vida, nomeadamente o envelhecimento e as doenças crónicas (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Assim, torna-se relevante realçar os papéis da Enfermagem de Reabilitação que incluem o de educador, conselheiro, gestor de caso, investigador, defensor dos direitos dos idosos, capacitador/facilitador, moderador, líder, perito e membro de equipa (Hoeman, 2000).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011) sobre as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EER), a sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de Enfermagem de Reabilitação, tendo por objetivos melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa de modo a preservar a autoestima. O artigo 4.º esclarece as competências específicas do EER, sendo as seguintes:

Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. (Ordem dos Enfermeiros, 2011,p. 8658)

Explica também, que o EER está habilitado para tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações e/ou incapacidades secundárias, tratamento e Reabilitação, maximizando o potencial da pessoa e minimizando sequelas, utilizando instrumentos de avaliação, técnicas e dispositivos diversos, em articulação com os objetivos terapêuticos pretendidos.

Para Leite e Faro (2005), a Reabilitação compreende a promoção da saúde, a prevenção e diminuição da deficiência, incapacidade e desvantagem, onde as potencialidades da pessoa são restabelecidas e é proporcionada uma oportunidade para uma vida com melhor qualidade, retorno da autoestima e da independência. A promoção da saúde revela-se uma estratégia promissora para encarar os variados problemas de saúde que atingem todas as faixas etárias.

Calcula-se que nas próximas décadas as necessidades de cuidados aos idosos aumentem, prevendo-se ainda que aumentem a prevalência de doenças de evolução prolongada com graus de dependência elevados.

Desta forma segundo a OE (2010a), nos cuidados de saúde, evidencia-se a promoção da funcionalidade, a prevenção, redução ou adiamento das incapacidades.

Pelo que :

A Reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e a independência.

Sendo os EER dotados de um nível de conhecimentos aprofundados e específicos e experiência acrescida, têm em consideração as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde (OE, 2010b).

Em face destas competências, são profissionais fundamentais nos cuidados de saúde na comunidade, na base de uma perspetiva holística e personalizada dos cuidados, com vista à recuperação e à adaptação funcional da pessoa e dos seus envolventes, no seu contexto de vida. Como refere Morais [et al.] (2014, p.65), “A Enfermagem de Reabilitação poderá constituir uma mais-valia nos serviços de saúde, nomeadamente em contexto comunitário, no sentido do idoso recuperar ou manter a sua autonomia.”

Os EER estão habilitados para prestar cuidados às pessoas em processos de transição que decorrem do próprio desenvolvimento, como a velhice e as suas consequências, sendo uma das suas competências específicas cuidar de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados de forma a maximizar o seu potencial funcional e independência.

A atuação da Enfermagem de Reabilitação vai desde a prevenção primordial e prevenção primária, passando pela prevenção secundária e, na perspetiva de Hoeman (2000) são o alicerce da intervenção terciária na comunidade, Zejdlik (1997, p. 207)

Assim os cuidados de Enfermagem de Reabilitação são indispensáveis na melhoria do estado de saúde das pessoas, na manutenção ou obtenção de estilos de vida saudáveis, com vista a manter a independência dos idosos, promovendo um envelhecimento com qualidade de vida, sendo inclusiva e participativa de forma a envolver a família e/ou cuidador.

2.ENVELHECIMENTO: UNIVERSALIDADE DO FENÓMENO

O envelhecimento da população mundial, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, é considerado um indicador da melhoria da saúde mundial.

Segundo a WHO (2012), atualmente a população mundial com 60 ou mais anos ronda os 650 milhões e estima-se que em 2050 se alcançarão os 2000 milhões, refletindo-se assim um sucesso das políticas de saúde pública e do desenvolvimento socioeconómico. No entanto, torna-se um desafio desta sociedade adaptar-se de forma a melhorar, quanto possível, a saúde e a capacidade funcional dos idosos, assim como a sua participação social.

A União Europeia enfrenta um preocupante fenómeno social - o envelhecimento populacional. Com uma população atual já envelhecida, nas próximas décadas a mudança mais importante será a transição para uma população muito mais velha, já que neste momento se prevê um aumento acentuado da população com 80 e mais anos.

Ao envelhecimento dos seres humanos, está inerente o comprometimento do desempenho neuromuscular, evidenciado pela fraqueza muscular, pela lentificação dos movimentos, pela perda da força muscular e pela fadiga muscular precoce. Segundo a Segundo a OE (2005, p. 53) o envelhecimento é caracterizado como um

“processo de desenvolvimento físico, normal e progressivo, durante a transição da idade adulta para a velhice; de acordo com a idade aproximada e estadios de desenvolvimento, é acompanhado pelo declínio dos processos corporais devido à diminuição da capacidade para regenerar as células, levando à perda de massa e coordenação musculares e de competências psicomotoras; perda de pêlos e pele fina e enrugada”.

Como consequência destas alterações, muitos idosos apresentam limitações funcionais para caminhar, levantar-se, manter o equilíbrio postural e prevenir quedas, manifestando dificuldades na execução das AVD's, levando-os muitas vezes à incapacidade e, por sua vez à imobilidade.

A população portuguesa com mais de 65 anos, segundo os censos, aumentou de 16,4% para 19% (INE, 2011).

A população residente em Portugal caracteriza-se pelo progressivo agravamento do envelhecimento demográfico tanto pela base como pelo topo da pirâmide etária, resultante da diminuição da proporção da população jovem e do aumento da proporção da população idosa no total da população. Os baixos níveis de fecundidade e o aumento

da esperança de vida são as causas da intensidade do fenómeno (Gonçalves e Carrilho, 2007).

O envelhecimento é, assim, um facto atual e um problema social que não pode ser contestado e por isso pode servir para que a compreensão do processo de envelhecimento seja encarada no sentido de se fazer algo por esta problemática.

De facto, o conceito de envelhecimento bem como as atitudes perante os idosos têm sofrido alterações significativas ao longo dos tempos, refletindo uma evolução de conhecimentos acerca da fisiologia do envelhecimento e de uma transformação dos valores éticos e estéticos (Paúl, 2005).

O envelhecimento faz parte do desenvolvimento humano, é um “processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida” (DGS, 2004, p. 3).

Para Frank (2008) o envelhecimento é um processo complexo que resulta na alteração das funções orgânicas do organismo, levando ao aumento da suscetibilidade do mesmo para a doença e para a morte.

É um processo gradual e varia de indivíduo para indivíduo de diferentes formas. Não podemos dizer que entramos na velhice numa determinada idade ou num determinado momento pois “não existe uma entrada na velhice e sim entradas diferentes e sucessivas” (Fontaine e Levet-Gautrat, 1987). As consequências fazem-se sentir nos sistemas nervoso, endócrino e imune do ser humano (Whaley [et al.], 1999; Østhus [et al.], 2012) levando consequentemente ao declínio do mesmo.

Leão e Gardenghi (2018) afirmam que, o exercício físico tem sido associado como fator importante na independência funcional e na melhora da qualidade de vida. Portanto, os indivíduos sedentários devem ser encorajados a iniciar uma atividade aeróbica de intensidade ligeira, sendo este um elemento crucial para prevenir e reabilitar indivíduos com patologias, cardiovasculares e outras doenças crónicas.

Desta forma, com o aumento da proporção de idosos em relação à população jovem, torna-se importante refletir sobre a sua vida quando inseridos numa sociedade moderna e envelhecida, sendo ideal para o idoso estar inserido na comunidade e família, viver a sua vida com o máximo de qualidade possível, ter condições de cidadania plena e dispor de apoio institucional adequado quando necessário.

2.1. Fatores associados ao envelhecimento

Como foi anteriormente referido, o processo de envelhecimento pressupõe algumas alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo. Contudo, as mais evidentes são aquelas referentes à diminuição da capacidade de adaptação do organismo às mudanças (Zimerman, 2000).

Para Zimerman (2000), as alterações podem verificar-se muito ou pouco avançadas e com maior ou menor incidência. Cada corpo desenvolve a sua própria mudança. Nenhum corpo é igual e ninguém reage da mesma forma às mudanças. As mesmas podem ser influenciadas pelo estilo de vida vivido, tendo em conta os hábitos alimentares, a prática de exercício físico, as doenças genéticas e/ou degenerativas.

Para Fernandes (2002), o envelhecimento é influenciado por uma série de fatores intrínsecos (que advêm do indivíduo) e extrínsecos (que advêm do meio ambiente em que o indivíduo está inserido). Neste contexto o autor refere os seguintes fatores:

2.1. 1. Fatores pessoais:

- A idade, que pode ser entendida em diferentes perspetivas, nomeadamente: A idade cronológica: que corresponde àquela determinada pelo calendário e o passar dos anos e a idade social: que corresponde ao papel social do indivíduo bem como os seus hábitos e comportamentos diários em função da sociedade;
- As perdas, que afetam o ser humano desde o nascimento à morte. Estas são vivenciadas aquando uma situação de insucesso, separação, privação que afete os papéis sociais, os objetivos, os sonhos e ilusões. As perdas são facilmente identificáveis em várias situações como perda de uma pessoa (morte), de órgãos (amputação de algum membro), perda de autoestima. Geralmente as principais perdas vividas pelas pessoas idosas dizem respeito aos papéis e expectativas do grupo social. As perdas podem afetar a integridade dos idosos, sendo que geralmente suscitam a depressão, a ansiedade, as reações psicossomáticas, o afastamento e o descompromisso (Solomon e Davis, 1995 Cit. por Fernandes, 2002)

- A adaptação é um processo que nos acompanha ao longo dos anos mas que é influenciada pela ação do tempo, pela idade, pelos métodos e estratégias para a sua aplicabilidade e também pela experiência de vida do indivíduo. Geralmente os problemas relativos ao envelhecimento invulgarmente derivam da diminuição das funções cognitivas mas sim pelas perdas, crises, stresse, doenças, fadiga, o que dificultam a adaptação da pessoa idosa a um novo ambiente.

2.1.2. Fatores Situacionais:

De entre os fatores situacionais destacam -se os seguintes:

- **Sociodemográficos:** O progressivo envelhecimento da população tem demonstrado alguma preocupação dos intervenientes da área da saúde e dos serviços sociais. O aumento da esperança média de vida levou a grandes alterações demográficas que proporcionaram um grande impacto sobre o ambiente e distribuição e utilização dos serviços sociais e de saúde (Blazer, 1992 Cit. por Fernandes, 2002) A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem realizado vários trabalhos no sentido de abordar os problemas de saúde na velhice, os mesmos visam promover a saúde e o bem-estar e garantir a prestação de serviços e apoio à pessoa idosa (Fernandes, 2002).
- **Socioeconómicos:** O nível socioeconómico do indivíduo influencia significativamente o processo de decisão e participação no processo de envelhecimento. Estudos indicam que os indivíduos de condição socioeconómica baixa não participam na resolução dos problemas e dificuldades que o próprio envelhecimento cria. Por outro lado, as pessoas com nível socioeconómico alto apresentam maior probabilidade e disponibilidade para resolver ativamente os mesmos problemas.
- **Ambiente:** O ambiente é considerado um fator importante para o estado de saúde da pessoa idosa. A conservação do espaço pessoal, a escolha das amizades, a socialização, as tomadas de decisão são tudo aspetos a ter em conta no ambiente que envolve o idoso, seja este a sua própria casa ou a instituição. Todos os fatores referidos não representam apenas o espaço onde este se insere mas ainda o espaço onde se desenvolve e evolui. Aquando o sentimento de insegurança e/ou perigo o idoso sente necessidade de se

refugiar solitariamente. Este acto implica sérios problemas para a saúde mental e física do indivíduo.

- Institucionalização: O envelhecimento implica algumas mudanças progressivas. À medida que os problemas se agravam, as capacidades do meio ambiente em dar resposta são cada vez mais reduzidas. É neste contexto que a institucionalização é vista como uma opção. Contudo, por vezes existem alguns fatores negativos advindos deste meio nomeadamente: a falta de privacidade, o afastamento familiar e o tratamento massificado, monótono e rotineiro que é feito igualmente para todos os idosos sem visar a necessidade individual. Neste sentido o idoso deve ser incentivado a realizar atividades que o estimulem física e mentalmente. É importante que a instituição tenha em conta determinadas necessidades de cada indivíduo, nomeadamente: sociais, psicológicas, religiosas, culturais, políticas e sexuais. Necessidades que se revelam fundamentais para o contínuo estímulo da pessoa idosa (Herrero, 1993 Cit. por Fernandes, 2002)

3. O ENVELHECIMENTO: UMA PREOCUPAÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

O aumento da esperança de vida, que acarreta igualmente um aumento das doenças crónicas, torna o envelhecimento da população num problema social. Neste sentido, deve ser dada atenção especial ao envelhecimento, tanto pelos profissionais de saúde, como por toda a população em geral, uma vez que estão envolvidas várias dimensões, desde a acessibilidade aos cuidados de saúde, o isolamento geográfico e/ou social, o aumento do número de famílias com recursos escassos e inclusive as repercussões do envelhecimento nos seus familiares.

Intervir na pessoa idosa passa pela intervenção intersectorial, pela comunhão e partilha de saberes de uma equipa multidisciplinar que permita a diversidade de cuidados capazes de traduzir eficiência, eficácia e efetividade, refletindo o que realmente se espera dos serviços - excelência. E como nos refere Carvalho (2008, p.73) citando o Observatório Português dos Sistemas de Saúde, para aí chegar,

“seria mais adequado que todas as reestruturações, intervenções e requalificações que o Ministério da Saúde está a levar a cabo nos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados fizessem parte de um plano local de infraestruturas de saúde, segundo uma gestão local integrada, com a definição de prioridades e a participação dos vários atores locais...”,

permitindo assim, que as comunidades tomassem decisões e assumissem responsabilidades, evidenciando intervenções nos cidadãos, e assim garantir o “empoderamento” individual e comunitário, com vista no bem-estar das populações, na proteção do meio ambiente e na reorganização e reorientação dos serviços de saúde, tendo por base uma cidadania informada capaz de intervir na saúde e para a saúde como bem comum.

A abordagem do Enfermeiro deve ser centrada nesta aquisição de autonomia perante uma vigilância permanente e contínua, bem como na escolha de hábitos de vida saudáveis. É neste sentido que a promoção da saúde surge, como intervenção fulcral nas mais diversas áreas de ação do Enfermeiro, nomeadamente no contexto comunitário.

A Promoção da Saúde consiste num processo de capacitar as pessoas para gerirem a sua saúde e de a melhorarem a fim de atingirem um estadio de completo bem-estar a todos os níveis (físico, mental ou social, individual ou comunitário) (OMS, 1987). Implica pois uma intervenção na comunidade, criando prioridades, planeando ações e implementando as estratégias de forma a atingir melhor saúde. Na Carta de Ottawa (OMS, 1987), refere que é necessário proporcionar meios para que a pessoa se empondere ou seja, obtenha o controlo da sua vida.

Para isso devem ser facilitados meios para que as pessoas possam desenvolver o seu potencial de saúde, de forma assumir o controlo daquilo que determina seu estado de saúde (Buss, 2000).

As comunidades desenvolvem-se a partir dos seus recursos materiais e humanos, reforçando a participação pública e unindo-se no sentido da resolução dos problemas de saúde. A promoção da saúde pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através do conhecimento, da educação para a saúde e reforço das competências que capacitem para uma vida saudável. Deste modo, as populações ficam habilitadas para fazer opções sadias e assim controlar a sua saúde e o meio ambiente, preparando-as para as diferentes etapas da sua vida, incluindo o envelhecimento. Os comportamentos de saúde das pessoas e em especial dos idosos, podem ser influenciados por toda uma conjuntura que, pode passar por atitudes, hábitos, sentimentos ou valores que caracterizam o estilo de vida de cada pessoa.

Costa e Lopez (1986) definem a promoção da saúde como um processo abrangente, através do qual os indivíduos e comunidades aperfeiçoam o controlo sobre o que pode afetar a sua saúde, sejam determinantes sociais ou ambientais. De forma específica a OE, (2001, p.12) nos padrões de qualidade, destaca como elementos relevantes face à promoção da saúde:

(...) a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade; a criação e o aproveitamento de oportunidade para promover estilos de vida saudáveis identificados; a promoção do potencial de saúde do cliente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente.

A promoção da saúde pressupõe a implementação e manutenção de comportamentos que para além de saudáveis podem potenciar as capacidades dos indivíduos, sejam elas funcionais, físicas, psicológicas ou sociais, o que vai de encontro às necessidades das pessoas idosas (Marin, 1996).

Pressupõe assim, uma abordagem globalizante, que induz a pessoa a escolher e adotar comportamentos capazes de refletir ganhos em saúde pela diminuição de riscos, propiciando ao indivíduo sentimentos de bem-estar relacionados com esta escolha (Tones, 1998).

Um indivíduo informado apresenta-se com motivação, conhece o decurso da sua situação de saúde vs. doença, tem aptidões e confiança necessárias para aceitar e assumir o seu papel como idoso na sociedade.

De acordo com Fernandes (2012), no que concerne ao envelhecimento, tudo isto deve ser tomado em conta, mas devem ser ponderadas novas formas de prestação de cuidados de saúde, que não permaneçam enraizadas no modelo biomédico, que permitam uma visão holística do problema, e consequentemente, prestar mais e melhores cuidados aos idosos, frente às necessidades destes e como eles próprios os definem.

Contudo, a realidade é que a institucionalização é uma necessidade incontornável (Pereira, 2012), sendo cada vez mais necessária.

4. INSTITUCIONALIZAÇÃO

Para o idoso, entrar para uma instituição significa a última fase da sua vida pois, por muito que a instituição ofereça um serviço de qualidade, existe ainda uma visão negativa generalizada. É muito raro que a institucionalização seja encarada como um projeto de vida, raramente escolhido mas aceite como último recurso (Carvalho e Dias, 2011).

Ao ser integrado institucionalmente, o indivíduo vai ter de se adaptar a essa nova realidade. As alterações decorrentes da mudança de residência podem ser positivas ou acarretar consequências a vários níveis.

Segundo Paúl (1997) os idosos sofrem várias perdas de pessoas na sua rede social e a entrada numa estrutura residencial pode conduzir a uma rutura. Contrariamente, a institucionalização também pode facilitar o acesso a novas amizades, nomeadamente para os mais incapacitados, que muitas vezes já apresentavam dificuldades ao nível da manutenção das suas relações.

Numa fase mais avançada, a velhice representa claramente uma fonte de preocupações, já que os mais idosos não reúnem todas as condições necessárias para que possam viver sozinhos no seu próprio lar, o que leva a um comprometimento da satisfação das atividades de vida diária, expondo a pessoa a uma situação de dependência física e mental necessitando, assim, de alguém que auxilie na satisfação dessas mesmas necessidades (Perlini, Leite e Furini, 2007).

Quando as incapacidades físicas e psicológicas da pessoa idosa aumentam, a par da diminuição das capacidades do meio, torna-se necessário colocar a hipótese de institucionalização (Berger e Mailloux-Poirier, 1995) e para que esse processo de mudança se desenvolva, com o menor número de traumas significativos e seja possível atender aos objetivos de autonomia e satisfação pessoal, é necessário ter também boas estruturas de apoio institucional (Goyaz, 2003).

Devido a todas estas alterações próprias do envelhecimento, agravadas por diversas patologias, as pessoas idosas necessitam de cuidados específicos que nem sempre podem ser prestados no seu domicílio, o que leva à sua institucionalização em lares, considerados um mal necessário para dar resposta aos problemas com que a população envelhecida se depara (Zimerman, 2000).

Quando institucionalizado, o idoso apresenta fragilidades que o tornam dependente de terceiros para satisfazer as suas necessidades humanas básicas bem como as suas AVD's, podendo relacionar-se com fatores físicos, psíquicos ou mesmo contextuais (Simkin, 2002).

A institucionalização vem acompanhada de uma despersonalização do idoso, existe uma quebra nas relações familiares e sociais anteriormente conhecidas, no entanto, pode

também contribuir para o incremento da autoestima bem como novas interações e desempenho de novos papéis sociais (Fernandes, 2002). Porém, Pimentel (2005) afirma que a partilha e a convivência forçada, com alguém que não fazia parte das redes próximas ao idoso, podem repercutir-se negativamente no processo de adaptação do idoso à instituição daí a importância das relações exteriores, que deverão manter-se.

As alterações, quer a nível de espaço, rotinas e relações, obrigam o idoso, muitas vezes já debilitado, a fazer uso da sua capacidade de resiliência, com vista a uma boa adaptação à sua nova condição, o que nem sempre ocorre, sendo claro que a incapacidade e o nível de dependência inerentes à institucionalização levam a uma menor qualidade de vida (Lobo, 2012).

Contudo, apesar de a institucionalização ser ainda considerada por muitos um momento angustiante, para alguns idosos esta é uma alternativa que lhes garante alguma estabilidade e segurança (Pimentel, 2005).

4.1. A Institucionalização do idoso

De acordo com Rodrigues (2015) o envelhecimento humano e a instalação de quadros de dependência, é um fenómeno complexo que envolve vários aspetos. Entre eles podemos destacar os socioculturais, económicos e políticos em interação dinâmica e permanente com a dimensão biológica e subjetiva dos indivíduos.

Considerando as estruturas familiares modernas e as exigências sociais, o idoso/família, na maioria das vezes, terá que escolher a institucionalização, pois a ausência de apoio familiar capaz de responder às necessidades de autonomia e bem-estar dos idosos, conduz à necessidade de saída dos mesmos do seio familiar. Em geral, o idoso perde potencialidade para a realização das atividades de vida diárias, principalmente a ocupação diária, e devido às condições sociais, nomeadamente à falta de apoio familiar, torna-se necessário a institucionalização.

Para Pereira (2012), a institucionalização do idoso, existe quando este permanece durante todo o dia, ou parte deste, entregue aos cuidados de uma instituição. Já o idoso institucionalizado residente, existe quando este permanece as 24 horas do dia entregue aos cuidados da instituição.

Em Portugal a “institucionalização da velhice” surge como uma alternativa em expansão. Segundo o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2009), ao longo de dez anos

as Residências e Lares para idosos apresentaram um crescimento de 39%. No nosso país, cerca de 51.017 pessoas idosas residem em lares (INE, 2002).

De facto o envelhecimento humano não é só um problema de cariz demográfico, mas sim um fenómeno mais complexo que engloba aspetos socioculturais, políticos e económicos em interação dinâmica e permanente com a dimensão biológica e subjetiva dos indivíduos (Carvalho e Dias, 2011).

Diz Azeredo Matos (2004), de acordo com o estudo que realizaram com idosos com Acidente Vascular Cerebral (AVC), quando os idosos perdem a autonomia são muitas vezes levados para instituições que cuidem deles, devido à sua dependência.

Brito e Ramos (1998) referem que, a institucionalização deveria ser a última alternativa a ser considerada para o idoso, porque normalmente ocorre um aumento de isolamento, inatividade física e julgamentos sociais destrutivos, principalmente relacionados com a família.

A institucionalização pode constituir nalguns casos um momento difícil. Segundo Paúl (2005), apesar de algumas vezes poder ser positivo ou não problemático, uma vez que muitos idosos tomam a opção por eles próprios de deixar a sua casa, pode também constituir um momento de crise, dado que o deixar a casa onde sempre viveu, associado à perda de território e a sentimentos de abandono dos familiares, pode gerar sentimentos menos positivos. Contudo, poderá também haver ganhos, como a diminuição do medo noturno, acompanhado de cuidados e, para idosos muito isolados, um aumento da sua rede social.

Segundo Cardão (2009) o facto de a família não ter tempo ou capacidade para cuidar do idoso pelo elevado grau de dependência física e/ou mental, pode traduzir-se na ausência de suporte familiar ou na presença de conflitos que fragilizam o idoso, levando-o à institucionalização e para Vaz (2009), o isolamento, a falta de uma rede que facilite a integração social e familiar do idoso, a perda de identidade, de autoestima e de liberdade, são também motivos que levam à institucionalização. Por sua vez, Paúl (2005), acrescenta aos anteriores, os problemas de saúde e a falta de recursos económicos para a manutenção da casa, como algumas das principais causas.

Habitualmente, na perspetiva da família e do idoso, verifica-se uma visão dicotómica desta nova realidade, traduzindo-se pela desconfiança/confiança. Para o idoso, a entrada no meio institucional implica ter de lidar com desconfiança e angústia devido ao sentimento de mudança, pautando-se o confronto com esta nova vida, pelo aparecimento de medos como o de ser maltratado, ser desrespeitado na sua integridade física e

psicológica, da perda da liberdade, de ser abandonado pela família, dos novos colegas e dos funcionários. No entanto, a família acredita que o idoso irá ter mais convívio, ter mais acompanhamento a nível dos cuidados básicos e de saúde, confiam inteiramente que a institucionalização será a melhor opção (Cardão, 2009).

A institucionalização implica um processo de adaptação. Sabendo que esta capacidade diminui com a idade, é de extrema importância proporcionar relações pessoais, fomentar relações com o exterior, família e amigos e desenvolver relações que evitem o isolamento social e a solidão do idoso. É fundamental na institucionalização do idoso a manutenção das relações familiares para que o processo de envelhecimento se dê de forma saudável (Pereira, 2008). A fase de adaptação, para Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) está concluída quando o idoso considera a instituição a sua casa, sabendo que a continuidade da estadia no lar deve garantir ao idoso autonomia, privacidade, direito de escolha, independência e dignidade.

O envelhecimento tem sido descrito como um processo inerente a todos os seres vivos e expressa-se pela perda da capacidade funcional e aptidão física, tornando os idosos dependentes de cuidados de outrem (Carvalho e Soares, 2004; Gonçalves [et al.] 2010; Novo [et al.] 2011).

O melhor espaço para a pessoa idosa residir, será aquele que oferece conforto, segurança, tranquilidade, ou seja, que favorece o satisfazer das atividades de vida diárias, tendo em consideração os aspetos físicos, sociais e afetivos. A instituição deve aproximar-se o mais possível ao ambiente familiar, favorecendo uma melhor adaptação. As instituições, devem proporcionar convívio social da pessoa idosa com pessoas da mesma faixa etária, permitindo manter a autoestima e minimizar os sentimentos de solidão. É essencial a manutenção da integridade do EU, mantendo na medida do possível os diferentes papéis sociais, evitando a desesperança (Lopes, 2001, Cit. por Pereira, 2008).

Neste sentido, a institucionalização surge como um substituto da rede informal, essencialmente quando a mesma deixa de existir e quando o idoso exige cuidados gerontológicos especializados que apenas podem ser prestados por técnicos especializados (Pereira, 2012)

Segundo Neto e Castro (2012), com o aumento da idade, as pessoas tornam-se menos ativas e a sua independência funcional diminui.

As alterações resultantes do envelhecimento aliadas à diminuição da capacidade funcional e à inatividade podem conduzir a um impacto na qualidade de vida dos idosos.

Sendo portanto necessário esclarecer os conceitos de dependência e independência funcional, o qual abordaremos no ponto seguinte.

5. (IN) DEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o maior tempo possível, constitui hoje, um desafio à responsabilidade individual e coletiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países (DGS, 2004). Na pessoa idosa, a promoção da autonomia e independência estão fortemente relacionados com a qualidade de vida. Uma forma de mensurar a qualidade de vida do idoso, consiste em avaliar o grau de autonomia e independência com que o mesmo realiza as atividades do seu dia-a-dia (Lemos e Medeiros Cit. por Santos, 2000).

Frente ao novo perfil epidemiológico do país, ao aumento da incidência de doenças crónico-degenerativas, o crescente número de acidentes envolvendo idosos e às modificações estruturais relacionadas com as famílias, que se têm tornado cada vez mais nucleares, e desta forma mais limitadas em assistir o idoso dependente no domicílio, torna-se latente a necessidade de uma reestruturação dos programas e serviços de saúde, de modo a atender adequadamente a essas alterações emergentes, objetivando a manutenção da qualidade de vida.

O efeito mais evidente do processo de envelhecimento é a limitação progressiva das capacidades do indivíduo para satisfazer, de forma autónoma e independente, as suas necessidades de vida diárias (Ferreira, 2011). Neste sentido e para especificar e quantificar o estado funcional do indivíduo, surge o conceito de independência funcional.

Torna-se assim pertinente clarificar os termos utilizados por diferentes autores, para conceptualizar a independência funcional. De acordo com a Infopédia (2013), independência significa a qualidade de gozar de liberdade e autonomia, por oposição à dependência que é definida como a falta de autonomia e independência conduzindo a um estado de sujeição e subordinação.

No entanto, encontramos na literatura termos como incapacidade, que segundo OMS (1989) consiste na limitação ou ausência de capacidade para realizar uma atividade de forma considerada normal para qualquer indivíduo afirmando que, cada incapacidade é resultado de deficiência exteriorizada ao nível do desempenho e do rendimento funcional.

Fillenbaum (1984) e Kane (1981) Cit. por Ramos (2003) afirmam que a capacidade funcional surge como um novo paradigma de saúde, particularmente relevante para o idoso. De acordo com esta nova perspectiva, envelhecimento saudável passa a ser o resultado da interação multidimensional entre saúde física, mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. A perda de um ente querido, as dificuldades econômicas, uma doença incapacitante, um distúrbio mental, um acidente, são acontecimentos quotidianos que podem, juntos ou isoladamente, comprometer a capacidade funcional de um indivíduo.

Assim sendo, conceitos como independência/ capacidade e dependência/ incapacidade serão utilizados livremente, ao longo deste trabalho, de acordo com terminologia utilizada pelos diferentes autores consultados.

Para Netto (2002) a independência pode ser definida como a capacidade de realizar algo com os seus próprios meios. Loureiro (2007) refere também, que a dependência não é um atributo pessoal, antes traduz a relação com o outro, ou seja, só existe em relação a alguém, ou a uma relação social. O mesmo acontece relativamente à independência, pois na mesma pessoa podemos encontrar parâmetros quer de dependência quer de independência. Por outro lado Veras (2002), refere que do ponto de vista da saúde pública, a capacidade funcional surge como conceito de saúde, mais adequado para instrumentar e operacionalizar uma política de atenção à saúde do idoso. Ações preventivas, assistenciais e de Reabilitação em saúde devem objetivar e melhorar a capacidade funcional e sempre que possível recuperar as suas perdas. Um enfoque que transcende o simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas. Uma política de saúde do idoso deve, portanto ter como objetivo maior a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível. Daqui surge o conceito de capacidade funcional como a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autónoma.

Sendo assim, de acordo com os atuais conceitos gerontológicos, o idoso que mantém a autodeterminação e prescinde de qualquer ajuda ou supervisão para realizar suas atividades diárias deve ser considerado um idoso saudável, ainda que seja portador de uma ou mais doenças crónicas (Veras, 2002).

Independência significa ser capaz de realizar atividades de vida diária sem ajuda, ao passo que dependência é definida como a incapacidade da pessoa funcionar

satisfatoriamente sem ajuda de semelhante ou de equipamentos que lhe permitam adaptação, sendo determinada por eventos biológicos, socioculturais e psicológicos (Diogo, 2000; Yuaso, 2003).

A capacidade funcional é caracterizada pela aptidão de realizar as atividades diárias de forma independente, abrangendo atividades simples como, deslocação, autocuidado, participação em atividades ocupacionais e recreativas, ou seja, refere-se à capacidade de garantir as aptidões físicas e mentais necessárias ao longo da sua vida (Gobbi, Ferreira, e Sebastião, 2007).

Quando o nível de dependência é alterado ao ponto de a pessoa ser incapaz de realizar as atividades anterior descritas, passa para um nível de dependência, descrito com incapacidade funcional. Como é referido pela OMS (2003) a incapacidade é caracterizada como o resultado de uma relação complexa entre o estado ou condição de saúde do indivíduo e fatores pessoais com os fatores externos que representam as circunstâncias nas quais o indivíduo vive. Pelo exposto anteriormente entendemos ser muito pertinente abordar a independência funcional no idoso.

5.1 (In) dependência funcional no Idoso

A perda da capacidade funcional decorrente do envelhecimento é causada pela deterioração dos sistemas fisiológicos, entre eles a diminuição da função dos sistemas osteo-muscular, cardiorrespiratório e nervoso (Camara, [et al.] 2011; Novo, [et al.] 2011).

Deste modo, a capacidade funcional no processo de envelhecimento é um dos principais fatores de dependência das pessoas idosas, devido às suas alterações ao longo da vida (Lima, A., [et al.] 2011).

Assim, alterações na capacidade funcional do idoso, podem causar danos à saúde do idoso a vários níveis (Lima, [et al.] 2011). Ao nível físico, envolve a redução dos níveis de força muscular, limitações na mobilidade e equilíbrio estático, que provoca maior risco de quedas entre idosos, constituindo um grave problema de saúde pública. A literatura refere que 32% das pessoas com mais de 65 anos têm pelo menos uma queda por ano e que a sua frequência é maior em mulheres do que em homens (Bonardi, Souza, e Moraes, 2007; Novo, [et al.] 2011).

Por outro lado, o declínio da capacidade funcional do idoso contém sérias implicações para a família, comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência ao longo da vida (Barbosa, [et al.], 2007).

Garantir ao idoso uma boa capacidade funcional, que permita autonomia na realização das atividades diárias é, essencial para que possa viver com qualidade e a envelhecer de forma mais autónoma e saudável (Novo, [et al.] 2011). Porém, para manter a qualidade de vida e executar as atividades diárias de forma autónoma, é essencial que os idosos mantenham uma boa aptidão física (Teixeira, 2005).

O conceito de independência funcional, portanto, envolve a execução das atividades desenvolvidas diariamente e estão diretamente relacionadas ao autocuidado, ao cuidado do seu meio e à participação social.

Desta forma, é importante percebermos, como se processa a passagem de um estado de independência a dependência funcional, que abordaremos a seguir.

6. DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL À DEPENDÊNCIA FUNCIONAL

A mobilidade é um dos fenómenos mais importantes e valorizados por todos os seres humanos. Para Tomey e Alligood (2004) a capacidade de se movimentar é uma das características de todos os seres vivos, mas a capacidade de mover o corpo livremente é uma atividade essencialmente humana.

Segundo a CIPE (OE, 2011, p. 62), o movimento corporal é um “processo do Sistema Musculoesquelético: Movimento espontâneo, voluntário ou involuntário, dos músculos e articulações”. Nesta perspetiva, vida é então movimento... o movimento é crucial para garantir as necessidades básicas, tais como: alimentar-se, vestir-se, lavar-se, arranjar-se, etc...como também para realizar as necessidades psicossociais mais elevadas, ou seja aquelas que completam o que consideramos ser: a qualidade de vida.

Tal como referido anteriormente, o homem só se apercebe da importância de se movimentar livremente, quando por algum motivo fica inibido de o realizar, tendo em conta, a abordagem holística da mobilidade, o movimento tem parâmetros físicos, cognitivos, psicológicos, sociais, políticos, temporais e ambientais (OE, 2013), constituindo-se desta forma, fundamental para a vida e saúde da pessoa.

O ser humano foi desenhado para ser móvel, principalmente porque 40% do nosso organismo é composto por músculos esqueléticos e para que haja a manutenção deste sistema músculo-esquelético e consequentemente a manutenção do bom funcionamento dos órgãos internos, somos dependentes da atividade física (Boechat [et al.] 2012). De acordo com Huber e Wells(2009) o organismo foi idealizado para resistir aos efeitos da gravidade na posição vertical, sendo que a posição horizontal por um longo período, corresponde a uma posição que anormalmente o corpo não está habituado, o que pode acarretar para o organismo lesões reversíveis e outras que poderão ser irreversíveis.

O Instituto Nacional de Estatística (INE, 2013), a população idosa, corresponde a 19% do total da população residente, o que contribui, de acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS, 2004) para o aumento da procura de cuidados de saúde e internamentos recorrentes. A literatura indica que a hospitalização contribui para o declínio da funcionalidade na pessoa idosa (Covinsky [et al.], 2003).

Segundo a OMS (2002), alguns estudos epidemiológicos que relacionam a atividade física e a saúde, demonstram que a utilização continuada de programas de exercício físico melhoram, não só a capacidade física e a aparência, mas também baixam os lípidos sanguíneos, a tensão arterial, melhoram a densidade óssea, a tolerância à glicose e a sensibilidade à insulina. De acordo com Meleis (2012), quando a pessoa idosa é submetida a cirurgia, passa por uma transição saúde/doença.

A funcionalidade e a incapacidade dos indivíduos são determinadas pelo contexto ambiental onde as pessoas vivem. A Classificação Internacional da funcionalidade (CIF) representa uma mudança de paradigma para se pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade, constituindo um instrumento importante para avaliação das condições de vida e para a promoção de políticas de inclusão social

De acordo com a OMS (2004 p. 186), a Funcionalidade é um termo genérico ("chapéu") para as funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação. Ele indica os aspetos positivos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os seus fatores contextuais (ambientais e pessoais).

Collière (1989) definiu funcionalidade como “a capacidade que uma pessoa (...) tem, ou não tem, de “funcionar” isto é, de agir, por si próprio, para assegurar uma resposta a uma necessidade que diz respeito à sua vida” (p.300).

Desta forma, torna-se particularmente importante implementar estes programas à pessoa idosa, uma vez que se tratam de pessoas reconhecidamente mais vulneráveis aos efeitos nefastos da imobilidade.

Tal como já foi referido anteriormente, a mobilidade funcional, pode ser alterada na sequência do envelhecimento humano e como consequência de situações físicas e/ou clínicas resultantes de determinadas patologias, lesões ou cirurgias. Apesar desta situação de imobilidade poder acarretar para o idoso repercussões negativas para a sua saúde, em algumas situações de traumatismo, fraturas ou doenças agudas, o repouso por um curto período de tempo poderá ter um efeito benéfico no tratamento, sendo por vezes até fundamental (OE, 2013).

Corcoran citado por Cazero e Peres (2010, p. 150) refere que “a imobilização limitada de algumas partes do corpo pode ser necessária para o tratamento de uma lesão, mas a imobilização do corpo todo pode ser mais prejudicial que a doença em si”. Assim sendo, podemos concluir que o repouso prolongado pode dar origem a sérios danos à saúde do indivíduo, devendo por este motivo ser bem ponderada a sua prescrição. Segundo os dados do Relatório Mundial da Saúde, está previsto que a falta de mobilidade seja, por si só, responsável por 10-16% dos casos de diabetes mellitus e de alguns casos de cancro, bem como por 22% dos casos de doença cardíaca isquémica e ainda uma proporção de 5-10% de mortes (OMS, 2002).

De acordo com Redondo citado por Boechat, Manhães e Filho (2012), entende-se por repouso, um período de 7 a 10 dias, no período de 12 a 15 dias, podendo se considerar imobilização e a partir de 15 dias corresponde a um decúbito de longa duração. Segundo o mesmo autor, basta uma semana de imobilização completa no leito, para o idoso perder de 10 a 20% da sua força muscular inicial e acrescenta que a partir das 4 semanas, cerca de 50% da sua força muscular pode estar perdida.

Num estudo realizado por Mendes e Chaves (2012) que teve como objetivo conhecer as alterações da mobilidade que afetam os idosos com alta da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), chegaram à conclusão que cerca de 90% dos idosos da amostra, desenvolveram alterações da força muscular, podendo estas alterações serem consideradas desde situações ligeiras a quadros graves de fraqueza generalizada. No entanto os resultados desta investigação revelam ausência de limitações na mobilidade articular. Segundo os mesmos autores quanto maior o comprometimento da força muscular, maior é o grau de dependência do idoso, sendo que na data da alta um número significativo de idosos (80%) apresentava um grau de dependência total ou grave.

Na mesma perspetiva (Scaaf [et al.] 2008) estudaram as alterações funcionais manifestadas na primeira semana após a alta da UCI. Concluindo que, na generalidade, os idosos apresentam limitações funcionais significativas, nomeadamente na autonomia

que demonstram para a realização das AVD's, 67% encontravam-se muito dependentes, 15% apresentava uma dependência moderada e 9% uma dependência ligeira, sendo a marcha uma das limitações mais frequentes, pois 73% dos idosos não conseguia deambular sem ajuda.

Januário (2013), num estudo realizado com idosos internados no serviço de medicina, constatou que a hospitalização por si só promove alterações no estado de saúde dos indivíduos, concluindo que no momento da admissão existem alterações negativas significativas, relativamente ao momento que antecedeu a hospitalização, acrescentando que no momento da alta existem alterações positivas relativamente à admissão, contudo existem perdas relativamente à pré-admissão. Portanto, o episódio de internamento por si só trouxe dependência à pessoa, independentemente da causa que motivou o internamento.

Uma situação continuada de imobilidade acarreta um conjunto de sinais e sintomas, designada síndrome de imobilidade, em que a pessoa pode apresentar: défice cognitivo avançado, rigidez articular e contraturas múltiplas, afasia, disfagia, incontinência urinária e fecal e úlceras de pressão.

A gravidade das lesões provocadas pela imobilidade é variável e, frequentemente, progressiva. Portanto, importa conhecer as causas que levam a pessoa, a uma situação de dependência e atuar antecipadamente, através da promoção da saúde do indivíduo.

Segundo Carnevalli citada pela OE (2009), as causas de imobilidade, podem ser subdivididas em 4 áreas: física, emocional, intelectual e social.

De ordem física são aquelas que podem surgir devido à condição física da pessoa, das suas necessidades terapêuticas e/ou de se manter num espaço restrito.

As de ordem emocional podem emergir de situações de tensão emocional que podem levar a um estado de paralisia emocional.

Por sua vez, as causas de ordem intelectual são aquelas que surgem devido à falta de conhecimentos relativamente à doença e concomitantemente ao processo de Reabilitação, limitações na capacidade de aprendizagem, patologias que afetam o processo de pensamento e crenças e valores da cultura da pessoa que a impedem de compreender a doença e o respetivo tratamento.

Por último, podemos assinalar também as causas de ordem social, que são aquelas que podem surgir devido a restrições nos padrões de interação social normal da pessoa, submetendo-a ao isolamento, como consequência da sua doença, da natureza do

tratamento, da acessibilidade aos cuidados de saúde e da resposta pessoal ao processo de doença.

Para além destes fatores a OE (2013) acrescenta que a alteração da mobilidade resulta das seguintes causas: doenças neurológicas, desnutrição, problemas ortotraumatológicos, dor intensa, envelhecimento, doenças cardíacas, alterações do foro psicológico, doenças respiratórias, doenças crónicas e défice neuro sensorial.

São portanto variadíssimos os motivos que concorrem para submeter a pessoa a uma imobilidade que lhe trará consequências cada vez mais graves para a sua saúde, e é neste sentido que a OE (2013, p. 23) alerta todos os profissionais para que

“ quando uma pessoa é incapaz de mover uma parte do corpo, ou a totalidade, em consequência de uma doença crónica, deficiência ou tratamento, podem ocorrer, num período de tempo mais ou menos longo, complicações decorrentes dessa imobilidade em cada um dos sistemas orgânicos”.

Torna-se assim crucial a prevenção da imobilidade, constituindo-se este facto um grande desafio para todos os Enfermeiros em geral mas em particular para os Enfermeiros de Reabilitação.

A imobilidade pode alterar o estado emocional do indivíduo, independentemente da causa que a motivou, podendo despoletar ansiedade, apatia, depressão, labilidade emocional, isolamento social e é possível que, com a imobilidade prolongada, uma pessoa normal e saudável desenvolva contraturas da musculatura da coluna vertebral e dos membros, fraqueza muscular, osteoporose, alterações das características morfológicas, bioquímicas e biomecânicas de vários componentes das articulações sinoviais, além de alterações cardiovasculares (Boechat [et al.] 2012).

De acordo com Fan [et al.] (2009), o compromisso da mobilidade física, decorrente de uma doença, traumatismo ou como consequência do processo de envelhecimento, tem consequências na fisiologia humana ao nível dos diferentes sistemas. Mesmo nos adultos saudáveis, os efeitos da imobilidade prolongada e atrofia por desuso são, por si só, muitas vezes persistentes e precisam de Reabilitação física intensiva para permitir o regresso ao seu nível basal de funcionamento.

O repouso no leito por um período prolongado afeta, portanto todos os sistemas orgânicos de uma forma global e holística, nomeadamente ao nível dos sistemas cardiovascular, respiratório, geniturinário, gastrointestinal, nervoso central, metabólico e músculo-esquelético.

Para (Gomes, 2013) os enfermeiros podem dar respostas adequadas às necessidades da pessoa idosa se estabelecerem com ela uma parceria, que assente na construção de uma ação conjunta, com o objetivo de a capacitar para assumir o cuidado de Si ou a família para assegurar o cuidado do outro. Perante a tendência crescente da população idosa, é fulcral a formação de enfermeiros especialistas nesta área.

Desta forma, é importante clarificar a necessidade e importância da intervenção da Enfermagem de Reabilitação do idoso, na manutenção da funcionalidade, tendo por base as competências do Enfermeiro de Reabilitação, que abordaremos no capítulo seguinte.

7. ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA MANUTENÇÃO DA FUNCIONALIDADE NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

Os avanços nas ciências da saúde reduziram as mortes prematuras devido a doenças agudas e prolongaram a vida para os que vivem com doenças crónicas (Hanson, 2005).

Se há uma conquista de mais anos de vida ao se prolongar o tempo de existência, a pessoa expõe-se às doenças, nomeadamente crónicas, mentais e incapacitantes, decorrentes do próprio processo de envelhecimento.

O progressivo aumento da idade e por consequência de anos de vida com patologia significa mais necessidade em cuidados, especialmente para responder a doenças com grande incidência na população envelhecida, como as doenças cerebrovasculares, cancro, Alzheimer e outras doenças neuro degenerativas.

Este aumento do número de pessoas idosas com maior necessidade de cuidados, torna-se preocupante porque se desenvolve num contexto desfavorável em que surge associado ao isolamento social, à diminuição da taxa de natalidade, à crescente instabilidade dos laços familiares, à emancipação laboral da mulher (que tradicionalmente cumpria a função de cuidadora informal) e consequente menor disponibilidade da família para dar apoio efetivo aos seus idosos, à crise dos sistemas de proteção social e solidariedade, à crescente despersonalização das relações sociais, que agravam as condições de vida das pessoas idosas, excluindo-as dos sectores produtivos da sociedade, remetendo-as para uma posição desfavorável e desprotegida (Moniz, 2003).

Segundo Costa (2009) a perda de capacidade das pessoas para realizar as atividades de vida diária deverá aumentar nos próximos anos, esperando-se que no nosso país mais de 10 em cada 100 pessoas necessitem de cuidados de saúde e apoio social para dar

resposta a necessidades básicas. Estão a surgir novas formas de dependência que obrigam a encontrar novos tipos de organização dos cuidados de saúde e sociais.

A atuação da Enfermeiro Especialista em Reabilitação junto da pessoa idosa deve estar centrada na educação para a saúde, ao cuidar, com base no conhecimento do processo de senescência e senilidade e na recuperação da capacidade funcional para a realização das suas atividades, com objetivo de atender às suas necessidades básicas e alcançar a sua independência e a felicidade (Campedelli, 1983, cit por Diogo, 2000).

O diagnóstico da doença da pessoa idosa pode não ter tanta importância quanto as consequências dele na qualidade de vida do idoso, ou seja, na sua capacidade funcional e na manutenção da independência para as atividades de vida diárias.

A avaliação funcional da pessoa idosa faz parte do cuidado de Enfermagem, com enfoque no idoso e nos sistemas de apoio que o idoso pode contar. O Enfermeiro atua partindo de uma avaliação de Reabilitação, tendo como orientação as atividades de vida diária, fazendo a partir dos problemas detetados, um plano de cuidados de Enfermagem. Posteriormente atua conforme plano e finalmente faz uma avaliação da pessoa para monitorizar os ganhos em saúde.

Tal como refere o Regulamento nº 125/2011 sobre as competências específicas do EER, o Enfermeiro de Reabilitação:

Implementa programas de: reeducação funcional cardio-respiratória; reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva; otimização e/ou reeducação da sexualidade; reeducação da função de alimentação e de eliminação (vesical/intestinal). (Diário da República, 2011, p. 8658)

Assim sendo, além do levantamento relativo aos dados pessoais, de saúde e da família, inclui-se a avaliação das atividades de vida diárias. Cada atividade deve ser avaliada em termos da função e ação, procurando a identificação de rotinas anteriores, execução atual, problemas atuais e em potencial do idoso. Os objetivos a serem alcançados são traçados junto da pessoa idosa, em termos do seu desempenho esperado após a intervenção de Enfermagem.

Na fase de Intervenção de Enfermagem, o Enfermeiro seleciona e realiza as ações de Enfermagem, tendo como objetivos a prevenção de problemas, a promoção de conforto físico e psíquico e a diminuição da dependência do idoso, tornando-o habilitado a procurar ajuda para responder à sua capacidade para o autocuidado. As intervenções de Enfermagem devem contudo, estar centradas nas rotinas do idoso, procurando minimizar os problemas relacionados às AVD's.

As AVD's propostas para a Enfermagem de Reabilitação na pessoa idosa compreendem a manutenção do ambiente seguro (características do edifício residencial); locomoção, atividades físicas e esforços; alimentação e hidratação; eliminação; higiene corporal; ato de vestir-se; atividades realizadas em casa; sono e repouso; lazer e recreação; expressão da sexualidade; comunicação e uso de transportes. Estas atividades devem ser avaliadas no sentido do desempenho da pessoa idosa e na funcionalidade de cada uma, com o objetivo de descobrir rotinas anteriores, o que ele pode e não pode fazer por si próprio em relação a cada atividade e ainda quanto a alterações e problemas presentes.

Neste sentido, vários estudos evidenciam a importância da atuação da Enfermagem de Reabilitação na independência funcional dos idosos, como é o caso do estudo levado a cabo por Cunha [et al.] (2007), com o objetivo de identificar a relação entre a participação de idosos num programa de reeducação funcional motora e a independência funcional. O referido estudo demonstrou que os participantes que realizaram o respetivo programa apresentaram uma maior independência funcional que o restante grupo que não participou deste programa.

Da mesma opinião corroboram Gomes [et al.] (2009), ao obterem resultados idênticos num estudo sobre a influência da Enfermagem de Reabilitação na mobilidade do idoso, submetido a artroplastia total do joelho durante o internamento hospitalar. Este estudo teve como finalidade identificar a capacidade de mobilidade do idoso, submetido a artroplastia total do joelho, com e sem intervenção de Enfermagem de Reabilitação.

Em jeito de conclusão podemos afirmar, que através de um programa de Reeducação funcional motora instituído e focando todas as características acima mencionadas, é possível ajudar o idoso a atingir uma qualidade de vida aceitável, com dignidade, auto estima e independência, uma vez que o Enfermeiro de Reabilitação o ajuda a reavaliar as suas capacidades funcionais, bem como a recuperar a consciência do seu valor, uma vez que através da participação num programa de reeducação funcional motora o idoso poderá obter ganhos na sua funcionalidade, o que lhe irá permitir obter um maior nível de independência na realização do AVD's.

Com o propósito de dar seguimento à presente investigação, de seguida se identificam e descrevem as fases do enquadramento metodológico bem como as conclusões do estudo implementado.

PARTE II- FASE METODOLÓGICA

Após um percurso inicial de alguma fundamentação teórica e reflexão sobre a problemática em estudo, é reconhecida a importância dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação na manutenção da funcionalidade do idoso institucionalizado.

A investigação é a busca sistemática duma resposta a questões sobre factos concretos e sobre as relações entre esses factos (Fortin, 2009), é uma infinidade de questões que são colocadas, no dia-a-dia da vida de cada pessoa, a exigir resposta e justificação.

É indiscutível a necessidade de investigação no desenvolvimento de qualquer área do conhecimento e de qualquer profissão, cujas práticas assentem em bases científicas. A Enfermagem de Reabilitação não é, exceção, é no entanto cada vez mais necessária.

Pode-se afirmar que a investigação em Enfermagem de Reabilitação é imprescindível na sua evolução como ciência e profissão, visando a melhoria da prestação de cuidados de Enfermagem, pois tal como refere Fortin (2009), a investigação é um contributo excecional para o desenvolvimento profissional, tendo em conta que cada profissão deverá ser capaz de facultar aos seus profissionais, conhecimentos teóricos sobre os quais assentará a sua prática, promovendo a execução de serviços de qualidade às pessoas e comunidade.

Os métodos de investigação harmonizam-se com os mais diversificados fundamentos filosóficos que são capazes de suportar as preocupações e as orientações de uma investigação (Fortin, 2009) e metodologia consiste na apresentação do desenho do estudo e na descrição da planificação e condução do trabalho desenvolvido (Fortin, 2009). Assim, neste capítulo são apresentados os objetivos do estudo, as hipóteses em análise e a metodologia utilizada. Apresenta-se também a descrição detalhada da amostra em estudo, os critérios de inclusão/ exclusão, as variáveis estudadas, os instrumentos utilizados, o procedimento de recolha e tratamento de dados e, por fim, a análise estatística efetuada.

1. TIPO DE ESTUDO

Havendo um aumento da esperança de vida, e consequentemente aumento de utentes portadores de doenças crónicas, o número de indivíduos com risco ou mesmo imobilidade instalada, tem aumentado e vai continuar a aumentar, o que exige uma maior atenção para a sua prevenção, tratamento e Reabilitação eficazes. É portanto, crucial estarmos atentos e intervirmos atempadamente “caso contrário continuaremos a ser meros espectadores do processo de envelhecimento, sem conseguirmos perceber o que o distingue, ou dita, ao longo da vida sucessos diferentes no envelhecimento”. Pinto (2006, p.74)

A bibliografia tem salientado que a Reabilitação é a área de cuidados ao utente que se centra em ajudá-lo a atingir a máxima independência e uma qualidade de vida aceitável em termos físicos, emocionais, psicológicos, sociais e profissionais. A necessidade de Reabilitação pode resultar de qualquer tipo de deficiência, incluindo as associadas a traumatismos e a doença aguda ou crónica (Healy e Monahan, 2007).

A Reabilitação não está orientada para a cura, mas para tornar possível que os utentes possam viver da forma mais plena, incluindo a independência para a execução das AVD's.

Uma vez que o nosso propósito é saber quais os contributos da Enfermagem de Reabilitação na manutenção da funcionalidade do idoso institucionalizado optámos pela realização de um estudo correlacional e longitudinal, baseado numa estratégia de metodologia de investigação de natureza quantitativa.

Trata-se de um estudo quantitativo porque tal como refere Fortin (2009), é um estudo objetivo, metódico e mensurável, que nos permite a análise estatística dos dados obtidos; Longitudinal porque se avaliou a funcionalidade do idoso institucionalizado em dois momentos distintos: o primeiro antes da implementação do programa de reeducação funcional motora e o segundo depois da implementação do programa de reeducação funcional motora, após 10 sessões e Correlacional porque efetuamos “relações entre variáveis” Fortin (2009, p. 243).

2.OBJETIVOS DO ESTUDO

Através dos objetivos do estudo, o investigador define claramente o que pretende efetuar no decurso da investigação para responder à pergunta de partida (Ribeiro, 1999).

Este estudo tem como finalidade contribuir para o desenvolvimento da Enfermagem de Reabilitação e o nosso objetivo principal foi conhecer os contributos da Enfermagem de Reabilitação na manutenção da funcionalidade do idoso institucionalizado. Como objetivos específicos foram definidos os seguintes:

- Caraterizar o idoso ao nível sociodemográfico;
- Caraterizar a funcionalidade do idoso institucionalizado antes e após um programa de reeducação funcional motora.

De acordo com Fortin (2009, p. 102), a hipótese “é um enunciado formal de relações previstas entre duas ou mais variáveis”, assim, foram definidas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 (H1) - Espera-se que as caraterísticas sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade), interfiram na funcionalidade.

Hipótese 2 (H2) - Espera-se que os idosos institucionalizados quando sujeitos à intervenção do Enfermeiro de Reabilitação apresentem ganhos na sua funcionalidade.

3. VARIÁVEIS

Segundo Gil (1995, p. 36), “uma variável é tudo aquilo que pode assumir diferentes valores ou diferentes aspetos segundo os casos particulares” podendo “ser classificada em duas ou mais categorias”

De acordo com Fortin (2009), entende-se por variáveis as qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações susceptíveis de mudar ou variar no tempo. Assim as variáveis deste estudo são agrupadas em três conjuntos: variáveis de atributo, variável dependente e variável independente.

As variáveis de atributo são “características pré-existentes dos participantes num estudo, geralmente constituídas por dados demográficos tais como a Idade, o género, situação da família (Fortin 2009, p. 172).

No presente estudo as **variáveis de atributo** são: Idade (anos); tempo de institucionalização; nível escolaridade; género e estado civil;

A variável dependente é a que sofre o efeito da variável independente, ou o resultado esperado pelo investigador (Fortin, 2009). Assim, a **variável dependente** do nosso estudo é a funcionalidade.

A variável independente é aquela que vai influenciar a variável dependente (Fortin, 2009). Neste estudo assumimos como variável independente, o programa de reeducação funcional motora. A operacionalização desta variável passa pela identificação das necessidades da Enfermagem de Reabilitação, ou seja através do score obtido, após a aplicação da escala da Medida de Independência Funcional (MIF) tendo por base as várias subcategorias da MIF.

Depois de identificada a necessidade de Enfermagem de Reabilitação, foi definido e aplicado o programa de reeducação funcional motora.

4. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população, neste estudo, foi constituída inicialmente por 54 idosos institucionalizados, identificados em três Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI) distintas.

No sentido de encontrarmos a nossa amostra, definida por Fortin (2009) como a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo, a estes 54 idosos foram aplicados os seguintes critérios de inclusão:

- Idade igual ou superior a 65 anos;
- Medida de Independência Funcional (MIF) ≤ 104 ;
- Idosos com um valor igual ou superior a 24 na aplicação do Mini Mental
- Ausência de qualquer condição de saúde que possa ser agravada pela adesão ao programa;

Para a obtenção da nossa amostra foi utilizado o método de amostragem não probabilística, por conveniência, constituída por 54 idosos institucionalizados, no período estipulado para a recolha de dados e que preenchiam os critérios de inclusão na amostra. Deste modo os idosos que responderam aos nossos critérios de inclusão foram 35, sendo esta a nossa amostra.

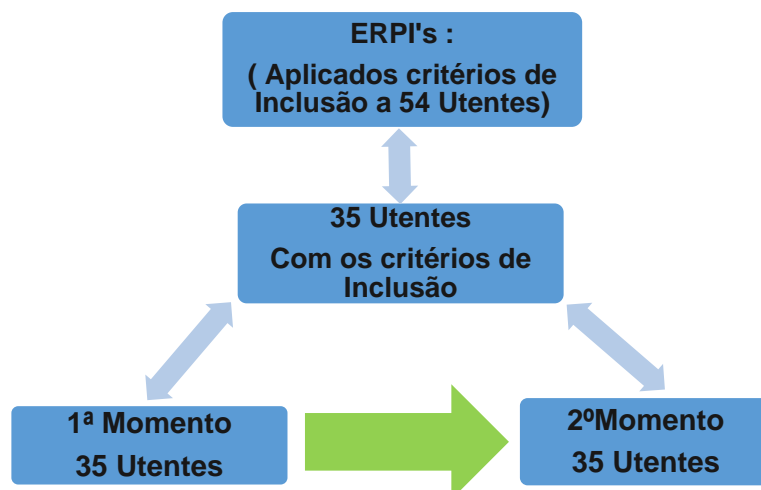


Fig. 2 - Seleção da amostra

5. PROCEDIMENTO DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS

Para o presente estudo, iniciamos por fazer o Pedido formal de autorização de colheita de dados às instituições (ANEXO A) alvo ou seja, instituições prestam cuidados a idosos que se encaixam nas características da população pretendida e especificidade da amostra, facilitando todo o processo de investigação.

Após a obtenção da resposta positiva ao mesmo, foram elaboradas várias etapas (Fig. 2) sendo que ao longo do estudo foi efetuada a pesquisa bibliográfica com o intuito de conhecer e acompanhar o estado da arte.

Relativamente aos procedimentos, numa primeira fase debruçamo-nos sobre a população que estaria em condições de poder fazer parte do nosso estudo, ou seja a população alvo deste estudo.

Para o estudo, utilizamos três instrumentos, um questionário Sóciodemográfico, o Mini-Exame de Estado Mental (MEEM) e a Escala de Medida de Independência Funcional (MIF).

Após a aplicação do questionário Sóciodemográfico, do MEEM e da MIF no primeiro momento, procedeu-se à aplicação do programa de reeducação funcional motora.

Depois da aplicação do programa de reeducação funcional motora realizou-se uma nova recolha de dados, de forma a verificar a evolução dos participantes ao nível da sua

independência funcional. Torna-se importante relembrar que nesta escala quanto maior a pontuação, maior o nível de independência, sendo que a pontuação máxima possível de obter é de 126 pontos (independência total).

Outro aspeto relevante a referir é que se procedeu à comparação dos resultados entre os dois momentos de avaliação, o que permite averiguar se o programa de reeducação funcional motora teve algum efeito na melhoria da funcionalidade dos participantes.

A recolha de dados foi efetuada no período de Fevereiro de 2017 a Junho de 2017 da forma como podemos verificar na figura 2, elaborada para o presente estudo.

Os dados recolhidos foram tratados através do software *IBM® SPSS® Statistics* (v.24). Para o tratamento das hipóteses recorremos aos testes a Cronbach, teste Wilcoxon, teste Kruskal-Wallis, teste Mann-Whitney e Test T, de acordo com a presença ou não de normalidade de distribuição da amostra, sendo então elaborado o relatório com base em toda a informação recolhida.

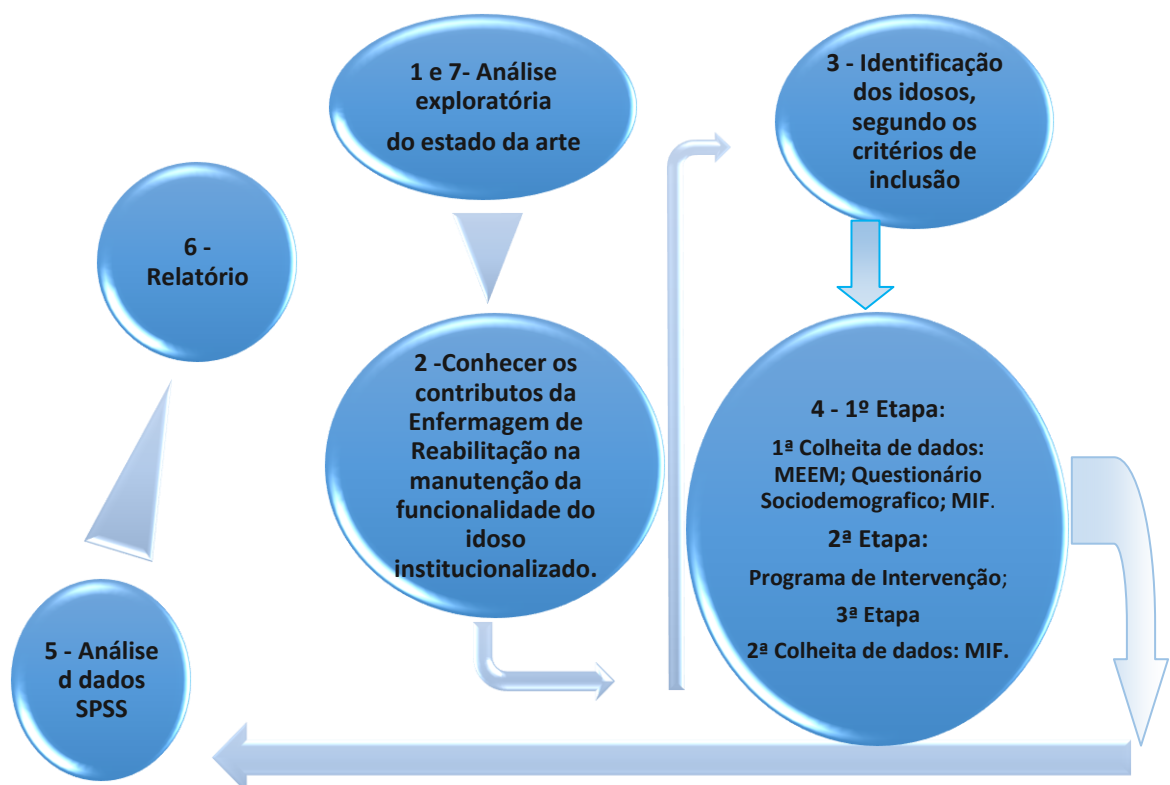


Fig. 3 - Etapas do estudo

5.1 Instrumentos de Recolha de dados

No que concerne aos instrumentos utilizados, tendo em consideração os objetivos do estudo, as hipóteses delineadas e as características da amostra, foram utilizados os seguintes instrumentos de recolha de dados: o Mini Exame de Estado Mental, o Questionário Sociodemográfico e a Escala de Medida de Independência Funcional.

5.1.1. Mine Exame de Estado Mental (MEEM)

O teste de avaliação do estado cognitivo, o Mine Exame do Estado Mental (MEEM), (ANEXO B) foi utilizado no processo de seleção da amostra, mais concretamente para averiguar a presença de incapacidade cognitiva, uma vez que esta é um critério de inclusão dos participantes no programa de reeducação funcional motora e que a pontuação mínima, por nós aceite era de 24 pontos.

O MEEM, foi elaborado por Folstein et al. (1975), é um dos testes mais empregues e mais estudados em todo o mundo para avaliação do funcionamento cognitivo.

O MEEM foi desenvolvido para ser utilizado na prática clínica na avaliação da alteração do estado cognitivo de pacientes geriátricos. Examina a orientação temporal e espacial, a memória de curto prazo (imediata ou atenção) e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem e viso-espaciais. Pode ser usado como teste de rastreio para perda cognitiva. Não pode ser usado para diagnosticar demência (Chaves, 2009).

O MEEM foi derivado de instrumentos que já existiam, excepto os itens, linguagem e coordenação motora. Inclui onze itens, divididos em duas partes. A primeira exige respostas verbais a questões de orientação, memória e atenção; a segunda, leitura e escrita, habilidades de nomeação, seguir comandos verbais e escritos, escrever uma frase e copiar um desenho (polígonos).

Em termos de validade de conteúdo, o MEEM avalia oito de 11 principais aspetos do estado cognitivo, omitindo abstração, julgamento e expressão. Embora análises fatoriais tenham usado diferentes tipos de amostras e versões do MMS, facilmente identificam fatores relacionados com a orientação, memória e atenção (Chaves, 2009).

Antes de se proceder à recolha da informação relativamente à independência funcional, administrou-se o MEEM com o objetivo de identificar os idosos com um score, maior ou igual a 24 pontos.

É importante referenciar que foram respeitados os intervalos de pontuação e que se consideraram os valores referidos pela literatura, a que alude, como sendo o ponto de corte mais consensualmente aceite, a pontuação de 23, abaixo da qual se considera a presença de defeito cognitivo

5.1.2. Questionário Sociodemográfico

Este questionário (APÊNDICE A) foi elaborado pelas investigadoras para o estudo, permitindo-nos recolher informações acerca das características sociodemográficas e clínicas dos participantes do estudo. Este questionário incluiu os seguintes itens: idade, tempo de institucionalização, nível de escolaridade, sexo, estado civil, antecedentes pessoais

Após a verificação que não existe perda cognitiva significativa nos idosos, e à aplicação do questionário sociodemográfico, procedeu-se à recolha dos resultados da medida de independência funcional no primeiro momento.

Para avaliar a funcionalidade dos idosos, utilizamos uma escala de mensuração funcional, a MIF.

5.1.3. Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)

A Escala de Medida de Independência Funcional (ANEXO C) teve origem na década de 1980 e foi desenvolvida pelo Departamento de Reabilitação da Faculdade de Medicina da Universidade do Estado de Nova York, em Buffalo (Guzzo, 2008).

Segundo Benvegna [et al.] (2008, p. 72) é “importante ressaltar que a MIF não apresenta nenhuma restrição e é aplicável em todos os casos”. O mesmo autor afirma ainda que a MIF é provavelmente o mais amplo instrumento para mensurar a independência funcional. É um instrumento recente, preciso e universal, sendo um indicador de base da importância da independência funcional, que pode ser modificado durante a reeducação/readaptação demonstrando assim os efeitos ou os resultados do programa de reeducação funcional motora (Apêndice B). Guzzo (2008) acrescenta que a MIF deve ser utilizada especialmente em idosos internados. Segundo o estudo efetuado por Chumney [et al.] (2010), a MIF foi projetada para permitir que os médicos pudessem acompanhar as mudanças na independência funcional dos seus idosos desde o início dos cuidados de Reabilitação. Segundo os mesmos autores, esta escala desde que foi

criada, tem sido amplamente utilizada nomeadamente nos idosos com alteração do seu grau de dependência, como é o caso de idosos com AVC, lesões traumáticas cerebrais, cancro e lesões na medula espinal. No entanto, este instrumento poderá ser utilizado independentemente das sequelas de ordem física, de comunicação, funcionais, emocionais, entre outras apresentadas pelos idosos (Benvegna, 2008 e Riberto [et al.]. 2004).

A escolha desta escala em relação a outras, para o mesmo efeito, deve-se ao facto, de a mesma incluir todas as vertentes das AVD's, podendo assim abordar o idoso de uma forma holística.

A elaboração deste instrumento teve como objetivo mensurar a capacidade funcional, fazendo uso de um instrumento com sete níveis que representam os graus de funcionalidade, variando da independência à dependência. Assim esta escala avalia o desempenho do indivíduo na realização de um conjunto de 18 tarefas, referentes a 6 subescalas: Auto-cuidado que é dividida em 6 itens (A - Alimentação; B - Higiene Pessoal; C - Banho; D - Vestir metade superior; E - Vestir metade inferior; F - Utilização do vaso sanitário), Controle de Esfíncteres em 2 itens (G - Controle de urina; H - Controle das fezes), Mobilidade - transferências em 3 itens (I - Leito, cadeira, cadeira de rodas; J - Vaso sanitário; K - Banheira, chuveiro), Locomoção em 2 itens (L - Marcha/cadeira de rodas; M - Escadas), Comunicação em 2 itens (N - Compreensão; O - Expressão) e Cognição Social em 3 itens (P - Interação social; Q - Resolução de problemas; R - Memória). Dos 18 itens, 13 avaliam as funções motoras (de A a M) e 5 avaliam as funções cognitivas (de N a R). A pontuação de cada item varia de 1 a 7, de acordo com o grau de dependência: 7 corresponde a independência completa, 6 a independência modificada, 5 à necessidade de supervisão durante a realização da tarefa, 4 a ajuda mínima, ou seja o idoso realiza mais de 75% da tarefa, 3 a ajuda moderada, sendo que o idoso realiza mais de 50% da tarefa, 2 a ajuda máxima, em que o idoso realiza mais de 25% da tarefa, 1 a ajuda total, ou seja o idoso tem que ser substituído em toda a tarefa. A MIF total pode ser dividida em 4 subescalas, consoante a pontuação total obtida: 18 pontos (dependência completa); 19 - 60 pontos (dependência modificada, tendo assistência até 50% da tarefa); 61 - 103 pontos (dependência modificada, tendo assistência até 25% da tarefa); 104 - 126 pontos (independência completa). Cada item é analisado pela soma de cada subescala e quanto menor for a pontuação, maior é o grau de dependência, sendo que quanto maior o somatório das referidas subescalas, maior grau de independência (Riberto [et al.]. 2004).

A subescala Auto- Cuidados tem 6 itens (podendo obter um máximo de 42 e um mínimo de 6 pontos), a subescala Controlo de Esfincteres este tem 2 itens (podendo obter um máximo de 14 e um mínimo de 2 pontos), a sub-escala Mobilidade-Transferências tem 3 itens (podendo obter um máximo de 21 e um mínimo de 3 pontos), a Locomoção tem 2 itens (podendo obter um máximo de 14 e um mínimo de 2 pontos), a Comunicação tem 2 itens (podendo obter um máximo de 14 e um mínimo de 2 pontos) e a Cognição Social tem 3 itens (podendo obter um máximo de 21 e um mínimo de 3 pontos). No que concerne ao total da escala esta pode compreender valores que podem oscilar entre os 18 e os 126 pontos.

Num estudo levado o cabo por Riberto [et al.] (2001), para tradução e reprodutividade da MIF, os autores concluem que a versão Brasileira da MIF tem uma boa equivalência cultural e boa reprodutibilidade, apresentando uma boa confiabilidade para o *score* total da MIF.

Num estudo de validação da MIF, efetuado por Riberto [et al.] (2004), foi demonstrada a validade convergente para as tarefas motoras, enquanto, para as cognitivas só nas lesões encefálicas é que demonstrou validade.

Para Lima e Ferreira (2013) a MIF apresentou um bom índice de fidelidade quando se procedeu a validação da escala para aplicar num estudo em utentes sujeitos a imobilidade. No estudo efetuado obteve-se um bom índice de fidelidade, sendo que o Alfa de Cronbach da MIF total, apresentou um valor de 0,964, e nas suas subescalas o valor estava compreendido em 0,960 e 0,966.

No nosso estudo, para a análise da confiabilidade da escala MIF recorreu-se igualmente ao teste alpha *Cronbach* (α) e na sua interpretação de consistência aceitamos a sugestão proposta por Nunnally, J. e Bernerth, I. (1994): <.5= inaceitável; [0.5, 0.6 [= pobre; [0.6, 0.7 [= questionável; [0.7, 0.8 [= aceitável; [0.8, 0.9 [= boa;> 0.9= excelente. Na tabela 1 apresentamos os *alfas* obtidos nas subdimensões e na escala final.

Tabela 1- Confiabilidade da escala MIF

	MIF (subdimensões)	Nº Itens das subescalas	α Cronbach
Domínio motor	Autocuidados	6	.95
	Controlo de esfíncteres	2	.99
	Mobilidade-Transferências	3	.98
	Locomoção	2	.88
		13	.96
Domínio cognitivo	Comunicação	2	.97
	Cognição social	3	.86
		5	.90
MIF total		18	.92

Relativamente à confiabilidade da escala MIF utilizada no presente estudo, verifica-se que apresenta uma excelente consistência nas subdimensões dos autocuidados (0.95), controlo de esfíncteres (0.99), mobilidade (0.98) e comunicação (0.97), e uma boa consistência na locomoção (0.88) e na cognição social (0.86). Na sua totalidade dos 18 itens apresentou igualmente uma excelente consistência interna (0.92).

1. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos os resultados descritivos da amostra e os resultados das hipóteses. Paralelamente à apresentação dos dados foi efetuada uma análise e discussão dos mesmos preconizando a resolução dos objetivos a que nos propusemos atingir.

A análise de dados foi efetuada com apoio do software *IBM® SPSS® Statistics* (v.24), onde a caracterização da amostra foi obtida pela análise da estatística descritiva (*Descriptive Statistic*), nomeadamente na identificação das características sociodemográficas do idoso institucionalizado e na determinação da sua funcionalidade antes e após o programa de reeducação funcional motora.

A apresentação dos resultados inicia-se pela caracterização geral da amostra, a partir das variáveis sociodemográficas selecionadas para o efeito. Segue-se a apresentação dos resultados dos testes, das hipóteses e posteriormente procede-se à análise e discussão dos mesmos.

Antes de passarmos ao teste das hipóteses, efetuámos o teste de normalidade de distribuição para a amostra, pois para se aplicar o teste estatístico adequado, torna-se fundamental avaliar a normalidade da amostra, porque perante uma distribuição de dados normal, os testes a aplicar deverão ser paramétricos, caso não haja uma distribuição normal, então dever-se-á aplicar os testes não paramétricos (Martins, 2011).

De forma que, com a finalidade de determinar os testes estatísticos mais adequados, a análise da normalidade de distribuição das diferentes variáveis, foi obtida pelo teste de Shapiro-Wilk, em virtude de, ser o mais adequado em amostras inferiores ou iguais a 50 participantes (Marôco, J., 2014). Da aplicação do teste verificamos que existe normalidade de distribuição na variável sociodemográfica idade ($W = 0,966$, $p = 0,345$). Contudo, não foi demonstrada normalidade de distribuição nas variáveis sociodemográficas tempo de institucionalização ($W = 0,825$, $p = 0,000$), escolaridade ($W = 0,707$, $p = 0,000$), género ($W = 0,567$, $p = 0,000$), estado civil ($W = 0,864$, $p = 0,000$) e nível de funcionalidade, tanto inicial ($W = 0,661$, $p = 0,000$) como final ($W = 0,737$, $p = 0,000$).

Na verificação da hipótese 1 (H1) - As características sociodemográficas (idade, sexo, estado civil e escolaridade) interferem na funcionalidade do idoso institucionalizado, optamos pela aplicação do coeficiente de correlação de *Spearman* (*Correlate Bivariate*), teste não paramétrico, consequência da inexistência de normalidade de distribuição na maioria das variáveis no presente estudo. Na sua interpretação, seguimos a sugestão de

Cohen, J. (1988) citado por Pallant, J. (2013) que considera que as correlações são: fracas se $r \leq .29$; moderadas se $r \geq .30$ e $< .50$; e fortes se $r \geq .50$.

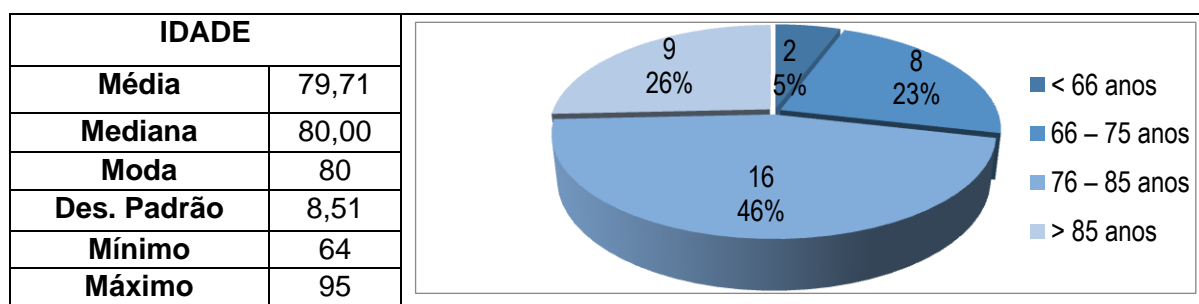
Para testar a hipótese 2 (H2) - Os idosos institucionalizados quando sujeitos à intervenção do Enfermeiro de Reabilitação apresentam ganhos na sua funcionalidade, recorreu-se ao teste de Wilcoxon (teste não paramétrico), considerando-se estatisticamente significativas as diferenças entre as avaliações cujo *p-value* do teste seja inferior ou igual a 0.05.

Apresentamos também a discussão dos resultados procurando relacionar os mesmos com o enquadramento nas bases teóricas que lhes serviu de referência. Faremos portanto a análise inferencial que consiste em “inferir acerca dos valores dos parâmetros da população teórica de onde foram obtidas as amostras” (Marôco, 2007, p. 55).

1.1. Caraterização sociodemográfica

Tendo por base os dados recolhidos no questionário sociodemográfico, elaboramos a caracterização sociodemográfica da nossa amostra, composta por 35 sujeitos (N=35) que apresentaram idade compreendida entre os 65 e os 95 anos, sendo que a **média** de idade é de aproximadamente 80 anos ($m=79,7$; $dp=8,5$). Pelo menos 50% da amostra tem idade inferior ou igual a 80 anos. A idade mais frequentemente encontrada foi de 80 anos como podemos verificar na tabela 2 e no gráfico 1.

Tabela 2 - Caraterização da amostra segundo a distribuição da Idade dos Participantes (n=35)



Relativamente ao nível de escolaridade (Tabela 3) verificámos que a maioria dos participantes apresenta o 1º Ciclo de nível de instrução (51,4%; $n=18$), seguindo-se os elementos que não possuem escolaridade (40%; $n=14$). O equivalente a 2,9% ($n=1$) indicaram possuir o 2º Ciclo, o 3º Ciclo e o Ensino Superior.

Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo o Nível da Escolaridade (n=35)

Nível de Escolaridade:		n	%
	Nenhum	14	40
	1º. Ciclo	18	51,4
	2º. Ciclo	1	2,9
	3º. Ciclo	1	2,9
	Ensino Superior	1	2,9
Total		35	100

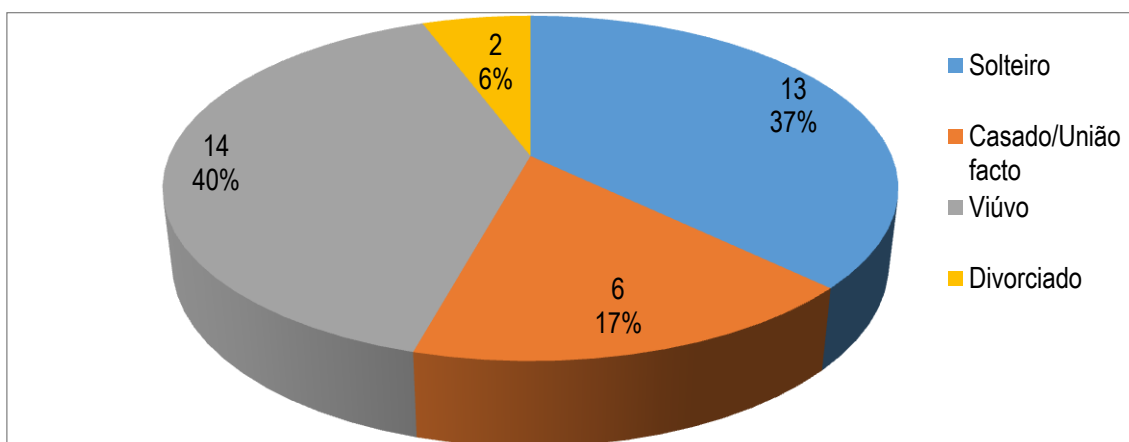
No que respeita ao género dos participantes, verifica-se na Tabela 4 que a maioria dos elementos pertence ao feminino, mais propriamente 71,4% (n=25). Os demais 28,6% (n=10) são elementos do género masculino.

Tabela 4 - Caracterização da amostra segundo a distribuição do género (n=35)

	N	%
Masculino	10	28,6
Feminino	25	71,4
Total	35	100

Dos 35 elementos que indicaram o seu estado civil é possível verificar no gráfico 1, que a percentagem mais expressiva de participantes está em situação de Viúvo (40%; n=14), e destacam-se igualmente os elementos Solteiros (37,1%; n=13). Existe ainda 17,1% (n=6) que se encontra casado ou em união de facto e 5,7% (n=2) divorciada(o).

Gráfico 1 - Caracterização da amostra segundo o estado civil (n=35)



No sentido de se conhecer se os idosos eram portadores de alguma patologia, foram abordados os antecedentes pessoais ao nível da existência de problemas de saúde. Obtiveram-se 77 respostas diferenciadas nesta variável, mas após análise das respostas verifica-se (Tabela 4) que se destacam 12 problemáticas mais comuns. Observamos que o problema de saúde mais frequentemente apresentado pelos participantes foi a Hipertensão Arterial, sofrendo desta patologia 77,1% (n=27) dos participantes. Destaca-se ainda a Dislipidémia (40,0%; n=14), bem como a Diabetes (31,4%; n=11). Como se pode observar na Tabela 5.

Tabela 5 - Caracterização da amostra segundo os Antecedentes Pessoais (n=35)

Antecedentes Pessoais	n/35	% / 35
Hipertensão Arterial	27	77,14
Dislipidémia	14	40,00
Diabetes	11	31,43
Cataratas	7	20,00
Gastrite Crónica	7	20,00
Insuficiência Cardíaca	5	14,29
Hiperplasia Benigna da Próstata	4	11,43
Hipotiroidismo	3	8,57
Parkinson	3	8,57
Patologia Osteoarticular Degenerativa	3	8,57
Síndrome Demencial	3	8,57
Síndrome Depressivo	3	8,57

Quanto ao tempo de institucionalização dos utentes da amostra, pode-se observar que os idosos estavam institucionalizados entre 1 mês e 21 anos e estiveram em média, institucionalizados cerca de 5 anos e meio (m= 5,51; dp= 5,78). A maior parte dos elementos estava na instituição há 3 anos (mediana = 3), como nos mostra a tabela 6.

Tabela 6 - Caracterização da amostra segundo o tempo de institucionalização (n=35)

Tempo de Institucionalização	
Média	5,51
Mediana	3.00
Moda	1.00
Desvio Padrão	5,78
Mínimo	.08
Máximo	21.00

Tivemos curiosidade em perceber as diferenças do score do MEEM entre as diferentes ERPI e relativamente a estas, podemos observar que, a ERPI que apresentou pontuação mais baixa no MEEM foi a ERPI II ($m=25,78$; $dp=1,79$), tal como é possível verificar na Tabela 7.

Tabela 7 - Caracterização da amostra segundo os valores de MEEM por ERPI

Mini Mental State Examination			
Nome da Instituição:	N	Média	Desvio Padrão
ERPI I	19	26,84	2,29
ERPI II	9	25,78	1,79
ERPI III	7	27,00	2,00
Total	35	26,60	2,12

1.2. Caraterização da funcionalidade da amostra

Relativamente à funcionalidade, os idosos da nossa amostra, quanto ao nível de independência funcional, nos dois momentos, podemos observar que a média de independência funcional dos participantes no primeiro momento foi de 93,7 pontos ($dp=14,1$) e no segundo momento foi de 100,3 ($dp=14,1$). (Tabela 7).

Uma vez que se observou diferença entre o 1º momento de avaliação e o 2º momento avaliação optamos por comparar as diferenças nas diversas dimensões da escala de independência funcional, de modo a reconhecer em que funcionalidades as diferenças realmente são encontradas. (Tabela 8)

Tabela 8 -Distribuição da amostra segundo os valores das dimensões e subdimensões da Independência Funcional (n=35)

		1º Momento de avaliação		2º Momento de Avaliação	
		Média	Dp	Média	Dp
Auto-cuidados	Alimentação	5,77	1,14	6,09	0,98
	Higiene Pessoal	4,69	1,30	5,26	1,12
	Banho (Lavar o corpo)	4,63	1,26	5,23	1,11
	Vestir metade	4,91	1,31	5,43	1,17
	Superior				
	Vestir metade inferior	4,57	1,38	5,17	1,20
	Utilização da sanita	4,94	1,28	5,37	1,24
		29,51	6,92	32,54	6,30
Controlo de Esfíncteres	Controlo da Bexiga	5,09	1,52	5,2	1,49
	Controlo de Intestino	5,11	1,57	5,23	1,54
		10,20	3,08	10,43	3,01
Mobilidade	Leito, cadeira, cadeira de rodas	5,06	1,21	5,69	1,18
	Sanita	4,91	1,22	5,54	1,38
	Banheiro	4,91	1,22	5,57	1,38
		14,89	3,59	16,80	3,92
Locomoção	Marcha/Cadeira de rodas	4,91	1,50	5,43	1,58
	Escadas	4,46	1,70	5,03	1,82
		9,37	3,04	10,46	3,26
Comunicação	Compreensão	5,91	0,70	6,03	0,66
	Expressão	5,91	0,70	6,03	0,66
		11,83	1,38	12,06	1,30
Cognição Social	Interação social	6,03	0,66	6,11	0,68
	Resolução de problemas	5,89	0,68	5,91	0,66
	Memória	5,97	0,75	6,03	0,71
		17,89	1,84	18,06	1,78
TOTAL		93,69	14,11	100,34	14,10

No sentido de se perceber se esta diferença foi significativa, entre o primeiro e o segundo momento de avaliação e a comparação das médias entre os dois momentos de avaliação, recorreremos ao teste não paramétrico de postos assinados por *Wilcoxon* para a comparação de duas amostras emparelhadas. Este teste permite comparar as duas avaliações para o mesmo grupo. Pelos resultados apresentados (Tabela 9) pode-se assumir que a diferença entre a 1ª e a 2ª avaliação foi positiva e estatisticamente significativa o que pressupõe que o programa de reeducação funcional motora teve impacto na funcionalidade dos idosos que dele beneficiaram.

Tabela 9 -Distribuição da amostra segundo a Comparação da Independência Funcional no 1º Momento de avaliação e o 2º Momento de Avaliação (n=35)

	Média	Desvio Padrão	Teste Wilcoxon	
			Z	P
Total - 1º momento de avaliação	93,69	14,11	4.469	.000
Total - 2º momento de avaliação	100,34	14,10		

$p \leq 0,05$

De forma a aprofundar os resultados e no sentido de se saber se este ganho se verificou mais em idosos de alguma ERPI específica optamos por comparar a funcionalidade dos participantes nas diferentes ERPI, como apresentamos na Tabela 10.

Tabela 10 - Diferenças na Independência Funcional por Instituição

		N	Média	Desvio Padrão	Teste Wilcoxon	
					Z	P
ERPI I	Total 1º Momento de Avaliação	19	92,37	16,03	3.066	.002
	Total 2º Momento de Avaliação		98,58	16,13		
ERPI II	Total 1º Momento de Avaliação	9	98,67	6,61	2.410	.016
	Total 2º Momento de Avaliação		105,67	7,60		
ERPI III	Total 1º Momento de Avaliação	7	90,86	15,69	2.371	.018
	Total 2º Momento de Avaliação		98,29	14,58		

Como podemos observar na tabela anterior, existem diferenças nos ganhos obtidos nas diferentes ERPI, sendo que se verifica maior ganho na ERPI III, onde se verificou maior ganho (7.43 pontos) em relação às ERPI I (6,21 pontos) e ERPI II (7 pontos). Assumindo-se que a intervenção teve impacto nos idosos de todas as instituições

No sentido de verificar a existência de diferenças de funcionalidade, tanto no primeiro momento de avaliação, como no segundo momento de avaliação, entre as diferentes

instituições, recorreremos ao teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*, que permite comparar três ou mais grupos independentes. Pela Tabela 11 verifica-se, através da análise do teste estatístico, que não existe diferenças estatisticamente significativas da medida de independência funcional entre os idosos das diferentes instituições no primeiro momento da avaliação ($H(2) = 2,751$, $p = 0,253$), nem no segundo momento de avaliação ($H(2) = 2,700$, $p = 0,259$).

Tabela11 - Caracterização da amostra segundo a comparação da independência funcional entre as ERPI (n=35)

		N	Média	Desvio Padrão	Teste <i>Kruskal-Wallis</i>		
					H	gl	P
Total 1º Momento de Avaliação	ERPI A	19	92,37	2.751	2.751	2	.253
	ERPI B	9	98,67	6,61			
	ERPI C	7	90,86	15,69			
Total 2º Momento de Avaliação	ERPI A	19	98,58	2.700	2.700	2	.259
	ERPI B	9	105,67	7,60			
	ERPI C	7	98,29	14,58			

Destes resultados, aceitamos a igualdade de funcionalidade dos participantes nas diferentes instituições, ou seja, o nível de funcionalidade não difere de instituição para instituição.

Uma vez que se tratou de um estudo longitudinal procedemos à avaliação das relações na diferença entre a 1ª momento de avaliação e no 2º momento de avaliação, são apresentados de seguida os resultados das hipóteses testadas. Isto passa para quando falar do tipo de estudo

1.3. Resultado do teste das hipóteses

Hipótese 1 (H1) - Espera-se que as características sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade), interfiram na funcionalidade.

Para testar esta hipótese, e uma vez que já estão analisadas as diferenças de funcionalidade entre os géneros, no momento 1º momento de avaliação e 2º momento de

avaliação, recorreu-se ao teste não paramétrico *Mann-Whitney* para amostras independentes para verificar se existe diferenças de funcionalidade entre os géneros, no 1º momento de avaliação e 2º momento de avaliação, conforme a Tabela 12

Tabela 12 - Resultados do teste de Mann-Whitnes na Variável Independência Funcional segundo o género (n = 35)

		Média	Desvio Padrão	Teste Mann-Whitnes			
				U	Z	p	R
Total 1º momento de avaliação	Masculino	91,70	17,73	110,50	-.531	.595	.60
	Feminino	94,48	12,72				
Total 2º momento de avaliação	Masculino	98,10	18,45	112,50	-.458	.647	.65
	Feminino	101,24	12,29				

Pela análise da tabela 12, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas da medida de independência funcional entre género, no 1º momento de avaliação ($U=110,50$, $z=-0,53$, $p= 0,60$, $r=.60$), nem após a intervenção ($U=112,50$, $z=-0,46$, $p= 0,65$, $r=.65$), aceitando-se a igualdade de funcionalidade dos participantes entre género, ou seja, o nível de independência dos participantes no presente estudo não difere entre o género masculino e feminino, nem antes nem após a intervenção do enfermeiro de Reabilitação.

Para comparar a funcionalidade por idade dos participantes, uma vez que a média da nossa amostra foi de 79,71, ou seja, de 80 anos de idade, e que também encontramos uma moda de 80 anos optamos por criar dois grupos com intervalos de idade diferenciados (grupo 1: ≤ 80 anos; Grupo 2: > 80 anos) e aplicar o teste paramétrico *t* de *Student* para amostras emparelhadas, em virtude da variável idade apresentar normalidade de distribuição. Tal como é apresentado na Tabela 13.

Tabela 13 - Resultados do teste t para diferenças entre os dois momentos, relativamente à idade (n= 35)

				Teste t		
		Média	Desvio Padrão	T	gl	P
Até 80 anos	Total 1º momento de Avaliação	95,94	9,01	4.268	17	.001
	Total 2º momento de avaliação	101,11	9,27			
81 ou mais anos	Total 1º momento de Avaliação	91,29	18,02	7.148	16	.000
	Total 2º momento de avaliação	99,53	18,17			

Como é possível verificar na tabela 13 em ambos os momentos, houve um aumento da capacidade funcional da 1ª para a segunda avaliação. Assim poderemos concluir que com a intervenção do enfermeiro de Reabilitação, obtivemos ganhos em todas as idades.

Com a intervenção de enfermeiro de Reabilitação houve melhoria na capacidade funcional com uma diferença significativa da funcionalidade entre o 1º e o 2º momento de avaliação, no grupo 1 ($t(17) = 4,268$, $p = 0,001$) e no grupo 2 ($t(16) = 7,148$, $p = 0,000$), assumindo-se que a intervenção teve impacto em ambos os grupos de idade dos participantes

Como é possível verificar na Tabela 15, relativamente à idade verificamos que esta se correlaciona negativamente com a MIF. No entanto esta correlação não tem significância estatística ($p = 0,886$), o que nos indica que, na nossa amostra, a idade não influencia a recuperação da independência funcional dos idosos.

Para comparar a funcionalidade com o tempo de institucionalização, utilizou-se o mesmo procedimento, uma vez que, relativamente ao tempo de institucionalização a média foi igual a 5,51, ou seja, 6 anos, dividimos a amostra em dois grupos (grupo 1: ≤ 6 anos; Grupo 2: > 6 anos) mediante a média de tempo de acolhimento residencial e recorreu-se ao teste não paramétrico de postos assinados por *Wilcoxon*, por não existir normalidade de distribuição na variável tempo de institucionalização. (Tabela 14).

Tabela 14 - Resultados do teste de Wilcoxon para a diferença entre os dois momentos de avaliação segundo o tempo de institucionalização (n = 35)

Tempo de institucionalização		Média	Desvio Padrão	Teste Wilcoxon	
				Z	P
Até 6 anos	Total 1ª Avaliação	94,04	15,05	3.845	.000
	Total 2ª Avaliação	100,92	15,18		
7 Ou mais anos	Total 1ª Avaliação	92,50	13,04	2.375	.018
	Total 2ª Avaliação	99,30	12,61		

Pela análise da tabela anterior, verifica-se existência de diferenças estatisticamente significativas da medida de independência funcional entre o momento de avaliação inicial e final, tanto no grupo de participantes institucionalizados até 6 anos ($Z= 3,845$, $p= 0,000$) como no grupo com tempo de institucionalização superior a 6 anos ($Z= 2,375$, $p= 0,018$). Assim podemos concluir que após o programa de intervenção se verificaram resultados positivos na incapacidade funcional em ambos os grupos.

Tabela 15 - Resultados da correlação entre as variáveis sociodemográficas e nível de funcionalidade.

	Idade		Género		Estado civil		Escolaridade	
	Coef.	Sig.	Coef.	Sig.	Coef.	Sig.	Coef.	Sig.
MIF 1º Momento de Avaliação	.03	.886	.09	.603	.10	-.012	-.06	.735
MIF 2º Momento de Avaliação	.14	.436	.08	.654	.552	.491	-.10	.571

Quanto ao género certificamos que há uma correlação positiva não significativa ($p=0,603$) entre o sexo e a recuperação da independência funcional. Tal como podemos verificar na tabela 15.

Quanto ao nível de escolaridade, constatamos que este se correlaciona de forma negativa, não significativa ($p=0,735$) entre o nível de escolaridade e a recuperação da independência funcional.

Quanto ao Estado Civil, este correlaciona-se de forma negativa não significativa ($p=0,012$) com a recuperação da independência funcional.

Pela análise da tabela 14 verifica-se que existem variáveis que se correlacionam negativamente com a MIF, nomeadamente a idade, o nível de escolaridade, o género, estado civil e a escolaridade, mas nenhuma delas é estatisticamente significativa.

Da análise das correlações bivariadas podemos verificar que no presente estudo nenhuma variável sociodemográfica (idade, tempo de institucionalização, género, estado civil ou escolaridade) se encontra estatisticamente correlacionada com a funcionalidade do idoso institucionalizado.

Ponderando os resultados apresentados, rejeita-se a hipótese 1 (H1), onde se assume que as características sociodemográficas interferem na funcionalidade do idoso institucionalizado.

Hipótese 2 (H2) - Espera-se que os idosos institucionalizados quando sujeitos à intervenção do Enfermeiro de Reabilitação apresentem ganhos na sua funcionalidade.

No sentido de verificarmos se existiram ganhos após a intervenção do enfermeiro de Reabilitação optamos por comparar as diferenças nas diversas dimensões da escala de independência funcional, de modo a reconhecer em que subescalas as diferenças realmente são encontradas. (Tabela 16)

Pela análise da tabela 16 verificamos que houve diferença no nível de independência funcional entre os dois momentos de avaliação, sendo estes, estatisticamente significativos para quase todas as subescalas da MIF. No 1º Momento de Avaliação a média total foi de 93,69 e que no 2º Momento de Avaliação passou para 100,34. O que traduz ganhos com significância estatística entre o 1.º e 2º momento de avaliação, ou seja, os idosos obtiveram ganhos na independência funcional.

Constatamos ainda que existem diferenças estatísticas entre avaliações, nas subescalas dos autocuidados, mobilidade, locomoção, comunicação, controlo da bexiga. Porém, não se observou diferenças entre médias nas subescalas, controlo do intestino, interação social, resolução de problemas e memória, assumindo-se que não existiu aumento de

funcionalidade após a intervenção nestas subescalas, tal como apresentamos na tabela 16.

Tabela 16 - Resultados do teste de Wilcoxon nas subdimensões da Incapacidade Funcional (n = 35)

		1º Momento de Avaliação		2º Momento de Avaliação		Teste Wilcoxon	
		Média	Dp	Média	Dp	Z	P
Auto-cuidados	Alimentação	5,77	1,14	6,09	0,98	3.317	.001
	Higiene Pessoal	4,69	1,30	5,26	1,12	4.264	.000
	Banho (Lavar o corpo)	4,63	1,26	5,23	1,11	4.379	.000
	Vestir metade	4,91	1,31	5,43	1,17	4.025	.000
	Superior						
	Vestir metade inferior	4,57	1,38	5,17	1,20	4.379	.000
	Utilização da sanita	4,94	1,28	5,37	1,24	3.094	.002
		29,51	6,92	32,54	6,30	4.151	.000
Controlo de Esfíncteres	Controlo da Bexiga	5,09	1,52	5,2	1,49	2.000	.046
	Controlo de Intestino	5,11	1,57	5,23	1,54	1.139	.263
		10,20	3,08	10,43	3,01	2.000	.046
Mobilidade	Leito, cadeira, cadeira de rodas	5,06	1,21	5,69	1,18	4.491	.000
	Sanita	4,91	1,22	5,54	1,38	4.491	.000
	Banheiro	4,91	1,22	5,57	1,38	4.413	.000
		14,89	3,59	16,80	3,92	4.455	.000
Locomoção	Marcha/Cadeira de rodas	4,91	1,50	5,43	1,58	4.025	.000
	Escadas	4,46	1,70	5,03	1,82	4.264	.000
		9,37	3,04	10,46	3,26	4.117	.000
Comunicação	Compreensão	5,91	0,70	6,03	0,66	2.000	.046
	Expressão	5,91	0,70	6,03	0,66	2.000	.046
		11,83	1,38	12,06	1,30	2.000	.046
Cognição Social	Interação social	6,03	0,66	6,11	0,68	1.732	.083
	Resolução de problemas	5,89	0,68	5,91	0,66	1.000	.317
	Memória	5,97	0,75	6,03	0,71	1.414	.157
		17,89	1,84	18,06	1,78	1.890	.059
TOTAL		93,69	14,11	100,34	14,10	4.469	.000

Quisemos para além de conhecer os ganhos, saber quanto é que os idosos ganharam em cada subescala da MIF, tal como explicito na tabela 15. Podemos constatar que estes ganhos em termos de percentagem, foram realmente grandes, estando os maiores valores associados às subescalas de Mobilidade - Transferências ($p=0,000$) (9,12 %) seguida da Locomoção ($p=0,000$) (7,76 %) e da dos Autocuidados (7,21%) ($p=0,000$).

Verifica-se ainda que a subescala que apresentou menores valores em termos de ganhos foi a da Cognição social (0,82%).

Em síntese pode-se referir que foi na subescala Mobilidade-Transferências que o programa de reeducação funcional motora teve mais impacto, o que pode ser explicado pelo facto de o programa de Reabilitação funcional ser dirigido maioritariamente à parte motora, mesmo assim os idosos obtiveram ganhos ao nível cognitivo o que poderá ser explicado pelo facto de durante o programa de reeducação funcional motora proporcionar a interação com o idoso, e proporcionar a estimulação cognitiva.

Tabela 17 - Ganhos na Independência Funcional entre o 1º e 2º Momento de Avaliação (n = 35)

	Itens das subescalas	Intervalo de variação	1º Momento de Avaliação		2º Momento de Avaliação		Ganhos	
MIF (subescalas)	Nº	Pontos	Média	Dp	Média	Dp	Pontuais	%
Autocuidados	6	6-42	29,51	6,92	32,54	6,30	3,03	7,21
Controlo de esfíncteres	2	2-14	10,20	3,08	10,43	3,01	0,23	1,63
Mobilidade-Transferências	3	3-21	14,89	3,59	16,80	3,92	1,91	9,12
Locomoção	2	2-14	9,37	3,04	10,46	3,26	1,09	7,76
Comunicação	2	2-14	11,83	1,38	12,06	1,30	0,23	1,63
Cognição social	3	3-21	17,89	1,84	18,06	1,78	0,17	0,82

Efetuamos uma correlação entre as subescalas da MIF, mediante a aplicação de teste de correlação de Pearson, uma vez que estas variáveis apresentam normalidade de distribuição.

Tabela 18 - Distribuição da significância das variáveis da MIF (n=35)

	Auto Cuidados		Controlo esfíncteres		Mobilidade		Locomoção		Comunicação		Cognição social	
	Coef.	Sig.	Coef.	Sig.	Coef.	Sig.	Coef.	Sig.	Coef.	Sig.	Coef.	Sig.
Auto-cuidados	-	-	.55**	.001	.74**	.000	.60**	.000	-.19	.275	.06	.755
Controlo esfíncteres	.55**	.001	-	-	.71**	.000	.53**	.001	-.16	.371	-.11	.534
Mobilidade	.74**	.000	.71**	.000	-	-	.86**	.000	-.38*	.048	-.21	.219
Locomoção	.60**	.000	.53**	.001	.86**	.000	-	-	-.30	.085	-.14	.417
Comunicação	-.19	.275	-.16	.371	-.38*	.048	-.30	.085	-	-	.76**	.000
Cognição social	.06	.755	-.11	.534	-.21	.219	-.14	.417	.76**	.000	-	-

**Correlação significativa para $p < 0,01$

*Correlação significativa para $p < 0,05$

Como é possível verificar na tabela 18 verificamos que todas as subescalas da MIF se correlacionam positivamente entre si, e se verificada uma alteração, ao nível de cada uma das variáveis, que compõem a referida escala, todas as outras variáveis se alteram, o que significa que quanto maior o nível de Autocuidado maior o Controlo de Esfíncteres, a Mobilidade-Transferências e a Locomoção, sendo estes valores estatisticamente significativos. Contudo o mesmo não se verifica para a Comunicação e a Cognição Social, pois estas subescalas não se correlacionam significativamente com as restantes: Autocuidado ($p=0,275$); Controlo de Esfíncteres ($p=0,371$); Mobilidade- Transferências ($p=0,048$) e Locomoção ($p=0,085$), no entanto, entre si, elas correlacionam-se significativamente ($p=0,000$).

Podemos verificar que os autocuidados, o controlo dos esfíncteres, a mobilidade e a locomoção se encontram positivamente associados, de modo forte e com significância estatística, o que significa que quando um autocuidado aumenta o controlo de esfíncteres, a mobilidade e a locomoção também e vice-versa. Ou seja, quando a funcionalidade se encontra afetada numa das variáveis, as restantes encontram-se igualmente afetadas. Podemos igualmente verificar que existe uma associação positiva forte e significativa entre a comunicação e a cognição social, o que significa que quanto melhor a capacidade de comunicar melhor é a cognição social. Desta associação, podemos aferir que quando a comunicação aumenta a cognição social também e vice-versa, ou seja a alteração da comunicação está associada a alteração na cognição social.

1.4. Discussão dos Resultados

Após apresentação dos resultados, passaremos à interpretação dos mesmos, à luz de uma apreciação comparativa e crítica. Pois consideramos ser uma parte fundamental do trabalho de pesquisa (análise dos dados obtidos) que consiste no culminar dos esforços do pesquisador para o alcance das metas previstas e é efetuada tendo por base os objetivos do estudo, e as hipóteses formuladas.

Deste modo serão seguidamente apresentados os resultados mais relevantes do estudo, fazendo sempre que possível, a sua justificação e comparação com outros trabalhos já realizados.

Com o intuito de dar resposta ao nosso propósito, conhecer os contributos da Enfermagem de Reabilitação na manutenção da funcionalidade do idoso institucionalizado, verificamos que, no 1º momento de avaliação os utentes da nossa amostra apresentaram em média um score de 93,69 na Escala da MIF, o que significa que os idosos institucionalizados, apresentam uma necessidade de ajuda mínima, tendo necessidade de assistência até 25% das tarefas, ou seja, nas atividades de vida diárias.

Considera-se pertinente abordar alguns aspetos relativos à caracterização da amostra ao nível sociodemográfico, sendo então de seguida, efetuada a discussão destas variáveis em função das hipóteses formuladas.

H1 - Espera-se que as características sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade), interfiram na funcionalidade.

No que concerne à idade, os idosos tinham idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos, perfazendo uma idade média de cerca de 79,7 anos. Assim, podemos referir que, a grande maioria dos idosos apresentou idades superiores a 65 anos. Estes resultados vão de encontro aos dados dos censos, do INE (2011), nos quais realçam o fenómeno do envelhecimento demográfico. De facto, tal como referido pelo Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2005), a estimativa para os próximos tempos é de que as necessidades de cuidados de saúde à pessoa com mais de 65 anos, ou seja os idosos, aumentem, já que é expectável o aumento da incidência e prevalência de doenças de evolução prolongada, acarretando dependência aos seus portadores. Bonita citado por Matos (2008) corrobora que a dependência aumenta entre os 65 e os 90 anos de idade, indo de encontro à média de idades da nossa amostra. No entanto

podemos afirmar que de acordo com o nosso estudo o factor idade não interferiu de forma significativa. Tal como afirmam Bagg, Pombo e Hopman (2002), após análise de 14 estudos, concluíram que o factor idade não contribui significativamente no resultado funcional, indo de encontro aos resultados evidenciados no nosso estudo, na medida em que não se encontrou uma influência significativa entre a idade e a independência funcional dos participantes. Também um estudo levado a cabo por Lourenço (2011) em que pretendeu estudar a capacidade funcional dos idosos internados no hospital, chegou à conclusão que a idade média era de 82 anos, sendo que a faixa etária predominante foi entre 80 a 84 anos, maioritariamente homens e com o 1.º ciclo incompleto.

Relativamente às habilitações literárias, a situação mais comum foi que os utentes da nossa amostra detinham, o 1.º ciclo (51,4%), as menos frequentes eram o 2º (2,9%) e 3º (2,9%) Ciclos bem como o Ensino Superior (2,9%). Os resultados do nosso estudo vão de encontro com os obtidos por Martins (2004), Branco, Nogueira e Dias (2001) ao concluírem que a maioria da população idosa possui baixos níveis de instrução.

Relativamente ao Género no nosso estudo verifica-se que predomina o sexo feminino com 71,4% em relação ao sexo masculino com 28,6 % dos casos. Tal facto poder-se-á explicar, porque tal como referido no quadro teórico a esperança média de vida é superior nas mulheres, uma vez que a média de idades encontrada na nossa amostra, conforme foi anteriormente referido, é de 79,7 anos.

Ao nível do estado civil no nosso estudo destacaram-se os indivíduos viúvos (40%), seguido dos solteiros (37,1%) e dos casado/União de facto (17,1%), Carvalho e Dias (2011), verificaram, em relação ao estado civil que 52,5% eram viúvos e 32,5% eram solteiros, tal como no nosso estudo, sendo que verificamos que a percentagem maior de idosos era constituída por viúvos, tal como podemos verificar no nosso estudo.

Quando correlacionamos as características sociodemográficas com a recuperação da independência funcional, verificamos que nenhuma destas variável influencia a recuperação funcional motora. Contudo, apesar de os resultados não serem significativos, observamos que os mais idosos, os do sexo feminino e os que estão institucionalizados à menos tempo recuperaram mais.

Um estudo realizado pela socióloga Fernandes em conjunto com outros especialistas citados por Campos (2014) chegaram à conclusão que, relativamente ao sexo, as mulheres vivem mais tempo do que os homens, mas apresentam piores condições de saúde. Outro estudo efetuado por Duca, Silva e Hallal (2009) constataram que, quanto

maior a idade maior a incapacidade para as atividades de vida diária, no entanto após a realização do nosso estudo pudemos verificar que os mais velhos recuperam mais funcionalidade de que os mais novos.

A interpretação destes resultados leva a considerar a importância da avaliação funcional através de instrumentos de medidas válidos, assim como a promoção do autocuidado.

Os antecedentes pessoais mais comuns, apresentados pelo grupo em estudo foram HTA (77,12%) em que 27 utentes apresentavam este antecedente pessoal, seguida da Dislipidémia (40%) com 14 utentes com este antecedente, realçando também a DM com uma percentagem de 31,43% o que equivaleu a 11 utentes com este antecedente pessoal. Um estudo levado a cabo por Alves [et al] (2007) revela que ser hipertenso aumenta em 39% a probabilidade do idoso ser dependente nas atividades de vida diárias.

A literatura menciona como sendo as patologias mais frequentes nesta faixa etária, as doenças e perturbações do sistema músculo-esquelético e as perturbações do aparelho circulatório (Jacques, 2004). O que de certa forma está de acordo com os dados por nós obtidos. O mesmo estudo vai ainda de encontro ao de Kawasaki (2004), que também avaliou a capacidade funcional de idosos hospitalizados, fazendo uso da MIF, e encontrou na sua amostra, as patologias mais frequentes, doenças do foro cardiovascular, seguidas das patologias do foro respiratório, assim como podemos constatar no nosso estudo.

Relativamente à hipótese “ **H1** - Espera-se que as características sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade), interfiram na funcionalidade.” A hipótese foi rejeitada uma vez que o estudo demonstrou que as características sociodemográficas não interferem com a funcionalidade.

No que se refere á **H2** - “Espera-se que os idosos institucionalizados quando sujeitos à intervenção do Enfermeiro de Reabilitação apresentem ganhos na sua funcionalidade”, no nosso estudo verificou-se que os utentes no 1º Momento de Avaliação apresentavam um score total médio de 93,69 e no 2º Momento de Avaliação este score passou para 100,34. Isto mostra que os utentes recuperaram **28,17 %** da sua independência funcional, sendo este aumento estatisticamente significativo, reforçando a premissa de que, com a Intervenção da Enfermagem de Reabilitação, na manutenção da funcionalidade do idoso institucionalizado, conseguem-se contributos significativos, porque de facto da análise

inferencial emergiu a existência de uma relação estatisticamente significativa entre os dois momentos de avaliação, verificando-se que na primeira avaliação os idosos apresentaram níveis de dependência funcional superiores comparados com os níveis de dependência, após programa de reeducação funcional motora (2º Momento de Avaliação), o que demonstra existirem ganhos na independência funcional.

Da mesma forma, analisando cada uma das subescalas da MIF, verificamos que houve um aumento estatisticamente significativo em todas, sendo que a subescala que mais aumentou foi a de Mobilidade - Transferências (9,12 %) seguida da Locomoção (7,76 %) e a dos Autocuidados (7,21%), e a que menos aumentou foi a da Cognição social (0,82%).

Os nossos resultados são corroborados por Cunha et al (2007), a autora concluiu que os idosos que participaram num programa de reeducação funcional apresentaram uma maior independência funcional que o restante grupo que não participou neste programa.

Também Gomes et al (2009), obtiveram resultados idênticos num estudo sobre a influência da Enfermagem de Reabilitação na mobilidade do utente, durante o internamento hospitalar.

Um estudo elaborado por Gill et al (2002) demonstra os contributos da reeducação funcional motora no idoso também no domicílio, pois afirma que um programa de reeducação funcional motora domiciliária centrado nas dependências físicas pode melhorar a deterioração funcional em idosos considerados frágeis que vivem no seu domicílio. Este estudo realça ainda a importância de diferentes intervenções junto dos idosos, entre as quais a dos Enfermeiros de Reabilitação, no sentido de prevenir o envelhecimento patológico, promover condições pessoais e mudanças sócio ambientais que permitam reequilibrar a harmonia entre o idoso e o ambiente que o rodeia. Molina et al (2003), Costa (2005), Parahyba et al (2005) e Loureiro et al (2007)

De facto no nosso estudo, constatamos que os utentes apresentaram alterações positivas na recuperação da sua independência funcional, relativamente ao momento que antecedeu a intervenção, o que nos leva a considerar que a diferença poder-se-á atribuir à intervenção do Enfermeiro de Reabilitação através da implementação de um programa de reeducação funcional motora.

Também o estudo realizado por Benvegna [et al] (2008) vem corroborar com o nosso estudo onde aplicaram a MIF concluíram que houve evolução positiva entre o momento inicial e final de avaliação e na análise de cada subescala verificaram que houve uma

maior evolução do Autocuidado, Locomoção e Comunicação. Contudo, contrariamente, no nosso estudo observou-se que a comunicação foi a subescala que menos evoluiu. De facto este resultado de encontro ao nosso uma vez que a comunicação e a cognição social foram as subescalas da MIF que menos evoluíram.

Esta autora sugere que os Enfermeiros de Reabilitação devem incidir mais os seus cuidados sobre este item, o qual é importante ter em atenção em futuros estudos, tendo em consideração os resultados por nós obtidos. Outro estudo levado a cabo por Nir, Zolotogorsky e Sugarman (2004), revelou que houve um aumento significativo nas diferentes variáveis, funcional e emocional da Reabilitação a curto e longo prazo, corroborando com os resultados obtidos no nosso estudo.

A Enfermagem de Reabilitação é considerada pela OE (2011) como uma área de intervenção da Enfermagem, de excelência e de referência, pois previne, recupera e ambiciona habilitar de novo os utentes, vítimas de doença súbita ou descompensação da doença crónica, que provoquem défice funcional, promovendo a maximização das capacidades funcionais das pessoas, sendo os seus objetivos, melhorar a função e promover a independência funcional da pessoa, permitindo-lhe viver com mais qualidade. Assim tal como foi realçada a sua importância no presente estudo, a MIF é considerada segundo Hayes (2000) um instrumento de avaliação da capacidade funcional que apresenta medidas uniformes para descrever o nível de incapacidade, assim como de critério para a admissão, para a alta e para o conhecimento dos ganhos em saúde.

Num estudo realizado por Benvegna [et al] (2008) onde aplicaram a MIF concluíram que houve evolução positiva entre o momento inicial e final de avaliação e na análise de cada subescala verificaram que houve uma maior evolução do Autocuidado, Locomoção e Comunicação.

Ao correlacionarmos as várias subescalas da MIF verificamos que todas se correlacionam de forma significativa exceto a comunicação e a cognição social, o que significa que quando há uma alteração numa das variáveis as outras também sofrem alteração. Analisando as correlações entre a comunicação e a cognição social, entre si e com as outras subescalas verificamos que estas se correlacionam de forma significativa entre si e que se correlacionam de forma negativa com a locomoção, ou seja quanto maior for a locomoção menor será a comunicação e cognição social, por sua vez quanto menor for a locomoção maior será a comunicação e a cognição social. A correlação entre a comunicação e a Mobilidade-Transferências também é negativa o que significa que quanto mais mobilidade os utentes possuem, menos comunicam.

Também Macedo [et al] (2012) verificaram que apesar dos idosos possuírem déficit cognitivo, estes eram independentes funcionalmente, o que de certa forma corrobora com os resultados por nós obtidos, uma vez que, apesar de na nossa amostra 20 % dos idosos apresentarem déficit cognitivo, este aspeto não interferiu na obtenção de ganhos funcionais.

No nosso estudo verificamos ainda que os utentes com alterações da funcionalidade, que beneficiaram da intervenção do enfermeiro de Reabilitação através da implementação de um programa de reeducação funcional motora, recuperaram 28,17% da sua independência funcional. De realçar no nosso estudo que nenhum dos dados colhidos influenciou esta recuperação, podendo assim afirmar-se que o Enfermeiro de Reabilitação fez a diferença nesta recuperação pois como podemos constatar obtivemos ganhos elevados na funcionalidade dos idosos, estando os maiores valores associados às subescalas de Mobilidade - Transferências com uma percentagem de 9,12 %, seguida da Locomoção 7,76 % e da dos Autocuidados 7,21%, o que significa que os utentes recuperaram autonomia para a realização das atividades de vida diária através da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação.

De uma forma geral, verifica-se que após a implementação do programa de reeducação funcional motora, os resultados sugerem benefícios e contributos com vista à melhoria da condição física dos idosos institucionalizados e consequentemente a promoção da saúde, uma vez após sujeitos ao programa de reeducação funcional motora, obtiveram ganhos na sua independência funcional, ganhando autonomia para a realização das AVD's o que contribui para o bem-estar físico e emocional.

Deste modo, o enfermeiro especialista em Reabilitação, através do seu conhecimento específico faz-se valer, demonstrando a importância da sua intervenção e o impacto que tem na manutenção da funcionalidade do idoso e consequentemente na promoção da saúde.

CONCLUSÃO

Ao longo deste trabalho, foi nosso objetivo apresentar ao longo deste trabalho todo o percurso efetuado no desenvolvimento do estudo da temática centrada na Promoção da Saúde no Idoso: Contributos da Enfermagem de Reabilitação na manutenção da funcionalidade no idoso Institucionalizado.

O envelhecimento da sociedade é um facto incontornável. As últimas projeções do INE demonstram a continuação da tendência verificada desde 2003 ou seja, o abrandamento do ritmo de crescimento da população, com aumento da proporção da população com idade superior a 65 anos e consequentemente aumento do índice de envelhecimento.

Como pudemos constatar no nosso estudo, a população era na maioria, do género feminino, com média de idades que ronda os 80 anos, predominantemente viúvos, com 1º ciclo de escolaridade e as patologias mais comuns foram a HTA, a Dislipidémia e a Diabetes Mellitus.

Podemos também concluir com o nosso estudo que a maioria dos idosos institucionalizados, possuía dependência modificada no autocuidado, uma vez que apresenta um valor total final de 93,69 pontos, na escala MIF.

Estes valores levam-nos a refletir na importância de otimizar a assistência a esta população, que necessita de cuidados de Enfermagem de qualidade e excelência.

É necessário fomentar a participação dos idosos institucionalizados nas atividades de vida diária, pois a participação nos autocuidados: higiene, vestir-se, ir ao sanitário, alimentar-se, constituem oportunidades, para estes se fazerem valer, pela sua capacidade de decisão, exercendo o comando e efetuando algo pelos seus próprios meios e proporcionando a si mesmos, sentimentos de satisfação e realização pessoal uma vez que, poderão estar fora da sua zona de conforto e estas decisões proporcionam sentimentos de bem-estar à pessoa.

À medida que a população envelhece, torna-se cada vez mais importante e evidente a necessidade de promover melhores e mais eficazes estratégias e intervenções preventivas e de tratamento para minimizar a incapacidade funcional e otimizar a independência dos idosos e consequentemente a qualidade de vida.

Os enfermeiros e de forma particular os enfermeiros de Reabilitação têm um papel crucial na promoção da saúde do idoso através do incentivo à prática do exercício físico e à

promoção do autocuidado, promovendo a independência e a responsabilidade individual no estado de saúde de cada indivíduo. De facto a atividade física regular e a adoção de um estilo de vida ativo são necessárias para a promoção da saúde e qualidade de vida durante o processo de envelhecimento.

O processo de Reabilitação do idoso com alteração da funcionalidade, está muitas vezes, intimamente ligado ao perfil do prestador de cuidados, limitando a capacidade de autonomia da pessoa quando a substituem na realização das suas rotinas diárias e atividades de autocuidado.

Para isso, é essencial e deveras importante a avaliação clara da realidade no domínio do autocuidado e a intervenção da Enfermagem de Reabilitação, uma vez que Enfermagem de Reabilitação é uma área de intervenção de Enfermagem de referência e excelência, que previne, cuida, recupera e ambiciona recuperar/reabilitar novamente os utentes. Os objetivos de atuação, são melhorar a função e promover a independência, permitindo viver com qualidade de vida.

Tendo em consideração que com o envelhecimento ocorre uma diminuição dos componentes da aptidão física e que este facto contribui para a inatividade dos idosos e consequente perda da independência funcional, esta situação pode ser modificada com a prática de atividade física para se obter um bom nível de aptidão física. Desta forma, é recomendada a prática de atividade física para manter e minimizar as perdas funcionais.

Com este trabalho procuramos ir ao encontro de uma problemática atual, pertinente e de especial interesse, bem como dar a conhecer à população em geral, em particular aos profissionais de saúde e idosos, os benefícios aos vários níveis - fisiológicos, psicológicos e sociais - da prática de atividade física, a par da importância da manutenção da funcionalidade do idoso institucionalizado, no sentido da promoção do seu bem-estar.

Verificamos no nosso estudo que os idosos que participam no programa de reeducação funcional motora, obtiveram ganhos na MIF, e conseguiram melhor desempenho na realização das atividades de vida diária, nomeadamente ao nível das subescalas Autocuidado, locomoção e Mobilidade.

Verificamos que praticar atividade física através de um programa de reeducação funcional motora é essencial para a manutenção da saúde e da funcionalidade dos

idosos, uma vez que, tal como pudemos verificar no nosso estudo, após a realização de um programa de Reabilitação funcional motora os idosos obtiveram em média uma percentagem de 28.17% na sua funcionalidade

Desta forma, promover a prática de atividade física é fundamental quando se fala de populações vulneráveis tais como os idosos, tendo em consideração que o principal efeito fisiológico do exercício é melhorar a funcionalidade, indo ao encontro da literatura consultada e estudos desenvolvidos nesta área, na medida em que, os idosos que praticam atividade física apresentam melhores resultados na avaliação da funcionalidade.

Considerando que a Enfermagem, como profissão, reconhece a investigação científica como forma de ampliar os conhecimentos fundamentais para a sua prática, permitindo assim que sejam tomadas as decisões adequadas, ousamos afirmar que este estudo contribui para solidificar a necessidade e importância da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na manutenção da funcionalidade do idoso institucionalizado, uma vez que permite uma melhor compreensão das relações entre a atividade física a funcionalidade e a qualidade de vida do idoso, pois pesquisar sobre variáveis associadas à autonomia e independência dos idosos fundamenta o trabalho do Enfermeiro de Reabilitação para que possa contribuir com intervenções eficazes para a promoção, orientação, prevenção e tratamento, nos temas que se reportam à população idosa. Fomenta o papel de educador do Enfermeiro de Reabilitação, como educador na mudança de atitudes relativamente à promoção e educação para a saúde.

Torna-se importante valorizar e promover a qualidade de vida dos idosos, a sua autonomia e a estimulação motora e intelectual. Sendo que se torna cada vez mais comum, a institucionalização e a participação dos idosos em atividades nas instituições, ajuda a promover um envelhecimento com qualidade, torna-o mais ativo física e psicologicamente, ou seja, menos dependente.

As conclusões deste estudo, reforçam a ideia de que estudar a funcionalidade e o nível de dependência no autocuidado dos idosos institucionalizados é um assunto pertinente e reforça a teoria de que é uma população que merece empenho e dedicação para o desenvolvimento de ações que privilegiem a sua independência e a qualidade de vida.

Consideramos assim que os enfermeiros de Reabilitação e outros profissionais da saúde precisam de desenvolver mais ações focalizadas na pessoa idosa, ficando atentos às alterações físicas e fisiológicas do processo de envelhecimento e também às alterações sociais e familiares, visto serem determinantes na capacidade funcional e, naturalmente, no envelhecimento saudável

Realçamos ainda que se deve dar continuidade a estudos na área da Reabilitação uma vez que nos deparamos com limites no nosso estudo, nomeadamente: o tamanho da amostra e a colheita de dados ter sido efetuada pelo investigador (podendo causar enviesamento dos resultados), pela escassez de estudos recentes publicados sobre esta temática, alguma dificuldade dos idosos aderirem ao programa de reeducação funcional motora, pela falta de motivação/colaboração e ainda a limitação de tempo para a sua aplicabilidade.

Sugerimos, portanto, novas investigações nesta área, com uma amostra maior, de forma que a sua representatividade seja mais reforçada.

Os idosos pertencem uma faixa etária à qual deve dirigir um especial olhar. Os anos de vida conferem-lhes o estudo de “sábios”, pois têm um legado de experiências e conhecimentos que devem ser de referência para as gerações futuras. Devem ser valorizados e considerados como um guião que nos orienta no caminho certo a seguir na vida. O papel dos avós é cada vez mais importante numa sociedade em que valores como o respeito, a solidariedade, a educação parecem estar esquecidos. Devemos pois investir nesta faixa etária, no sentido de proporcionar qualidade de vida e autonomia para que as gerações futuras possam usufruir dos conhecimentos e experiências desta população. Deste modo, a experiência destas idades, as vivências e percursos de vida são a base para transformar o futuro desta população e das próximas gerações em vida com valores, qualidade/autonomia.

Envelhecer bem é a meta a alcançar, sendo condição necessária a pessoa manter baixo risco de doença, funcionamento físico e mental elevado e compromisso ativo com a vida e a Enfermagem de Reabilitação está em condições de contribuir para um envelhecimento mais saudável, mais amigável e muito mais feliz.

Para isso basta apenas que os enfermeiros de Reabilitação estejam atentos às necessidades dos idosos e realizem, ações promotoras da funcionalidade, por forma a manter/desenvolver a independência funcional e desta forma, o idoso ganha porque ao sentir-se mais independente, sente-se mais feliz e o enfermeiro de Reabilitação ganha porque vê as suas ações com retorno da sua aplicabilidade.

BIBLIOGRAFIA

ALVES, Luciana C. [et al.] - A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. [Em linha]. Rio de Janeiro, 2007. [Consultado em 13 Out. 2017]. Disponível na www: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800019

ARAÚJO, Idalina - Saúde, Doença e Educação para a Saúde: **Uma Perspectiva**. Sinais Vitais. vol. 67, (2006) p. 13-16.

AZEREDO, Zaida; MATOS, Eduarda - Grau de Dependência em Idosos que sofreram AVC. Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa. Série III, Volume 8, nº4 p.199-204. [Consultado em 07 Abr. 2017]. Disponível na WWW: <URL: http://www.fm.ul.pt/FMLPortal/UserFiles/File/RFML_4_2003.pdf>.

BENVEGNU, Andressa. [et al.] - **Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com sequelas de acidente vascular cerebral**. [Em linha]. Porto Alegre, 2008. [Consultado em 03 Jan. 2016]. Disponível na www: <URL: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/4115/3652>

BOECHAT, Júlio [et al.] - A síndrome do imobilismo e seus efeitos sobre o aparelho locomotor do idoso. Revista Científica Internacional. Rio de Janeiro. ISSN 1679-9844. Vol. 1, nº 5 (2012), p. 89 -193;

BONARDI, Gislane., SOUZA, Valdemarna., e MORAES, João - Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. Em linha]. Porto Alegre, 2008. [Consultado em 03 Jan. 2016]. Disponível na www: <URL: www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/artigos/66.pdf

BRANCO, M.J; NOGUEIRA, P.J., e DIAS, C.M. - Mocecos, uma observação dos cidadãos idosos no princípio do século XXI. Lisboa: Onsa. (2001).

BUSS, Paulo - Promoção da saúde e qualidade de vida. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, Vol. 5, Rio de Janeiro: Abrasco, 2000. p. 163-167.

CAMARA, Fabiano [et al.] - Capacidade funcional do idoso: formas de avaliação e tendências. Acta Fisiátrica, vol. 15, n.º 4, (2011) p. 249-256

CARDÃO, Sandra - **O idoso institucionalizado**. Lisboa: Coisas de ler, 2009. ISBN: 9789898218100

CARVALHO, Mário - Gestão e liderança na saúde - uma abordagem estratégica. Porto: Grupo Editorial Vida Económica, 2008. ISBN: 9789727882595

CARVALHO, Joana e SOARES, José- **Envelhecimento e força muscular - breve revisão**. Revista Portuguesa de Ciências do Desporto, Vol.4, n.º3, (2004). p. 79-93.

CARVALHO, Maria Paula. e DIAS, Maria - **Adaptação dos idosos institucionalizados**. Millenium, Vol. 40. (2011). p. 161-184.

CARVALHO, Maria - Um Percurso Heurístico pelo Envelhecimento. In: **Carvalho, M. (Ed.). Serviço Social no Envelhecimento**. Lisboa, Pactor Editora, 2013. ISBN: 9789896930288 p. 1-12.

CAZERO, Ana; PERES, Patrícia - A terapia ocupacional na prevenção e no tratamento de complicações decorrentes da imobilização no leito in **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**. São Carlos. ISSN: 0104-4931. Vol. 18, nº 2 (2010), p. 149-167.

CHAVES, Márcia- **Testes de avaliação cognitiva: Mini-exame do estado mental** [Em linha] Rio Grande do Sul. 2009 [Consultado em 16 Fev. 2016]. Disponível na www: <URL: www.cadastro.abneuro.org/site/arquivos_cont/8.pdf

CHUMNEY, Douglas [et al.] - **Ability of Functional Independence Measure to accurately predict functional outcome of stroke-specific population: Systematic review**. [Em linha]. Baltimore, 2010. [Consultado em 23 Mar. 2016]. Disponível na www: <URL: <http://www.rehab.research.va.gov/jour/10/471/abschumney.html>

COLLIÈRE, Marie - Promover a vida: **da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. 1989. ISBN: 972-95420-0-7

COSTA, Maria Arminda - Cuidados de Enfermagem aos idosos: percursos de formação e de investigação. In PAÚL, Constança; FONSECA, António. - **Envelhecer em Portugal**. Lisboa: Climepsi Editores (2005). p. 255-279.

COSTA, M. - A **interface do hospital com os cuidados continuados integrados**. In CAMPOS, L. [et al.] - **Governança dos hospitais**. Alfragide: Casa das Letras, (2009).

COVINSKY, K. [et al] - Loss of Independence in Activities of Daily Living in Older Adults Hospitalized with Medical Illnesses: **Increased Vulnerability with Age**. Journal of the American Geriatric Society, Vol . 51, n.º4. (2003) p.451-458.

CUNHA, Cristina [et al] - **A Importância da Enfermagem de Reabilitação no Cuidar de Idosos**. Viseu. p. 208. (2007) Trabalho de Investigação de 1º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação- Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de saúde de Viseu

DICIONÁRIO INFOPÉDIA DA LÍNGUA PORTUGUESA com Acordo Ortográfico [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003. [Consultado em 13 Out. 2016]. Disponível na www: <URL: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/independência>

DIOGO Maria - O papel da enfermeira na Reabilitação do idoso. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol. 11, nº 1, (2000) p. 75-81.

DUCA, Giovâni Firpo Del; SILVA, Marcelo Cozzensa e HALLAL, Pedro Curi - **Como está a independência dos idosos para a realização de atividades de vida diária?** [Em linha]. Pelotas, 2009 [Consultado em 230 Jun. 2016]. Disponível na www: <URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&prepid=S0034-8910200901060000

FAN, E. [et al.] - **Critical Illness Neuromyopathy and Muscle Weakness in Patients in the Intensive Care Unit**. [Em linha]. Estados Unidos, 2009 [Consultado em 09 Fev. 2017]. Disponível na www: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19638746>.

FERNANDES, P. - **A depressão no idoso**. Coimbra: Quarteto Editora (2002).

FERNANDES, Joana – **A solidão nos idosos numa comunidade rural – Implicações para uma velhice bem-sucedida**. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde, 2012. Tese de mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária

FERREIRA, Alexandra - **(In) dependência Funcional em Idosos Domiciliados: "Intervenção de Enfermagem de Reabilitação"**. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, 2011. Tese de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

FRANK, Stefanie. [et al.] - **Avaliação da capacidade funcional: repensando a assistência ao idoso na saúde comunitária**. Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento. (2008) Vol. 11.

FONTAINE, A., e LEVET-GAUTRAT, M. *Gérontologie sociale*: Presses universitaires de France. (1987)

GIAMPAPA, V., PERO, R., e ZIMMERMAN, M. - *The anti-aging solution: 5 simple steps to looking and feeling young*: John Wiley e Sons. (2004)

GILL, T.M.; BAKER D.I.; GOTTSCHALK M. - A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. N.Engl J. Med Vol. 347, (2002). p. 168-174.

GOBBI, Sebastião [et al.] - Avaliação física e funcional do idoso. Rev Bras Cineantropom Desempenho Humano, (2007). Vol.9, n.º1. p. 23-25.

GONÇALVES, Cristina e CARRILHO, Maria -Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual. Revista de Estudos Demográficos (2007). Vol.4. p. 21-37.

GOMES, Jacinta - **Contributos do Enfermeiro de Reabilitação na mobilidade - O idoso com artroplastia do joelho.** Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde Viana do Castelo, 2009.Trabalho de Investigação do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação

GOYAZ, Marília - Vida ativa na melhor idade. **Revista da Universidade Federal de Goiás:** Goiás. ISSN: 2179-2925 vol., 5, n.º 2 (2003). p.3

GUZZO, Regina. - **Análise comparativa da medida de independência funcional verbal e vivenciada em pacientes com hemiplegia por Acidente Vascular Cerebral.** [Em linha] São Paulo, 2008. [Consultado em 13 Fev.. 2016] Disponível na www: <URL: <http://www.scribd.com/doc/41961042/mif>

HAASE, Vítor Geraldi; LACERDA, Shirley Silva. - Neuroplasticidade, variação interindividual e recuperação funcional em neuropsicologia. **Temas em psicologia da SBP.** Ribeirão Preto. ISSN 1413-389X. Vol. 12, nº 1 (Janeiro/Fevereiro 2004), p. 28- 42.

HANSON, Shirley - **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família - Teria, Prática e Investigação,** Loures. Editora Lusociência. 2005.

HAYES, Michael. - Avaliação Funcional. In: HOEMAN, Shirley, P. - **Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e processo.** 2ª ed. Loures: Lusociência. 2000 ISBN972-8383-13-4. p. 161-172

HEALY, Christine; MONAHAN, Frances, D - Reabilitação e Doença Crónica. In: MONAHAN, F.G.; [et al.] - **Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspectivas de Saúde e Doença.** 8ª ed. Volume I. Loures: Lusodidacta 2007. ISBN 978-989-8075-22-2. p. 135-158

HOEMAN, Shirley P. [et al.] - **Enfermagem de Reabilitação-** Processo e Aplicação. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-13-4.

HUBER, Frances; WELLS, Chris - **Exercícios Terapêuticos - Planeamento do tratamento para Progressão**. Loures: Lusoditacta, 2009. ISBN 978-989-8075-11-6

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. Anuário Estatístico de Portugal 2012. Lisboa, 2013 [Consultado em 18 Set. 2017]. Disponível na www: <URL: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=212468395&DESTAQUESmodo=2

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. **Censos 2011: resultados provisórios**. [Em linha]. Lisboa, 2011 [Consultado em 18 Set.2017]. Disponível na www:<URL: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=122073978&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. Actualidades do INE. O Envelhecimento em Portugal.**Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas**. [Em linha]. Lisboa, 2001 [Consultado em 18 Set. 2017]. Disponível na www: <URL: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest_boui=106370&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1

JANUÁRIO, José - **Resultados das intervenções do Enfermeiro de Reabilitação na Pessoa no Serviço de Medicina Interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra**. [Em linha]. Coimbra, 2013. [Consultado em 17 Mai. 2017]. Disponível na www: <URL: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/23246>

JACQUES, Maria - Abordagem psicossomática no contexto institucional e familiar. Sinais Vitais, Vol.55. (2004). p. 34-37.

KAWASAKI, K. - **Impacto da hospitalização na capacidade funcional do idoso**. Campinas: Universidade estadual de Campinas - Faculdade de Ciência Médicas .2009. Dissertação de Mestrado, em Enfermagem.

LIMA, Andreia - **A reabilitação e a independência funcional do utente sujeito a imobilidade**. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde Viana do Castelo. 2014. Trabalho de Investigação do II Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

LOBO, Alexandrina- Relação entre aptidão física, atividade física e estabilidade postural. Revista de Enfermagem Referencia. ISSN 0874-0283 vol 3 N.º7 (2012). p. 123-130.

LOUREIRO, Marli [et al] - **As actividades de vida diária e ajudas técnicas nos grandes idosos, diagnóstico de situação**. Geriatrics. Lisboa. Vol. 3, nº 15 (Maio/ Junho 2007), p. 50-58

MACÊDO, Ana. [et al.] - **Avaliação funcional de idosos com deficit cognitivo**. [Em linha]. Mato Grosso, 2012 [Consultado em 27 Out. 2017]. Disponível na www: <URL: <https://docplayer.com.br/46261777-Avaliacao-funcional-de-idosos-com-deficit-cognitivo.html>

MARIN, Rodríguez. **Psicologia Social de la Salud**. Madrid: Editorial Sintesis. (1996).

MARTINS, C. - **Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso à IBM SPSS: Saber decidir, fazer, Interpretar e Redigir**. 1ª Ed. Braga: Psiquilibrios, 2011.

MARTINS, Rosa - **Qualidade de vida dos idosos da região de viseu**. Viseu: Universidade da Extremadura, Portugal.2004. Tese de doutoramento.

MARÔCO, João - **Análise estatística: com utilização do SPSS**. 6ª Ed. Lisboa (2014)Pero Pinheiro.

MATSUDO, Sandra Mahecha; MATSUDO, Victor Keihan Rodrigues; NETO, Turíbio Leite Barros - Atividade física e envelhecimento: aspetos epidemiológicos. - **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. Brasil. Vol. 7, nº1 (janeiro/fevereiro 2001). ISSN 1517-8692. p. 2-13.

MELEIS, A. - Theoretical nursing: Development and progress. 5ª Ed.. Philadelphia: (2012) Lippincott Williams e Wilkins.

MENDES, R.; CHAVES, C. - **Alterações da mobilidade após internamento prolongado em cuidados intensivos: A situação no Hospital Amato Lusitano**. [Em linha]. Castelo Branco, 2012. [Consultado em 25 Dez. 2017]. Disponível na www:<URL http://www.ulsclb.min-saude.pt/media/6459/artigo_original_1.pdf

MOLINA, E. Sitjas, [et al..] - Factores predictores del deterioro funcional geriátrico.nº32, (2003). p. 282-287

MONIZ, José Manuel Nunes – **A Enfermagem e a Pessoa Idosa. A Prática de Cuidados como Experiência Formativa**. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-49-5.

MORAIS, António José Pinto [et al.] – A Influência da Enfermagem de Reabilitação na Qualidade de Vida dos Idosos. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. nº 116 (Novembro 2014). ISSN 0872-8844. p.64-74. Disponível na www: <URL: http://eformasau.pt/files/Revistas/RSV116/RSV116_Resumos.pdf>

NERI, Anita. - **Desenvolvimento e envelhecimento**. Campinas: Papirus, (2001)

NETO, Mansueto Gomes; CASTRO, Marcelle Fernandes – Estudo Comparativo da independência Funcional e Qualidade de Vida entre Idosos Ativos e Sedentários. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. Brasil. Vol. 18, nº4 (julho/agosto 2012). p. 234-237.

NIR, Z.; ZOLOTOGORSKY, Z.; SUGARMAN, H. - **Structured nursing intervention versus routine rehabilitation after stroke**. [Em linha]. Beer Sheva, 2004. [Consultado em 21 Nov. 2017]. Disponível na www: <URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15213476>

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Enfermagem de Reabilitação e Cuidados Continuados: consolidação de premissas antigas ou um novo desafio?** Revista da **Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. nº 33 (Janeiro 2010a). ISSN 1646-2629. p. 22-27

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE Versão 2**. Lisboa, 2011.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2011b). Parecer N.º12/2011 **Parecer sobre Atividades de Vida Diária**. [Em linha]. Lisboa, 2011 [Consultado em 20 Dez. 2016], Disponível na www:<URL: https://www.researchgate.net/profile/Luis_Sousa20/publication/311206257_Treino_de_Atividade_de_Vida/links/586af6c808aebf17d3a4cfd2/Treino-de-Atividade-de-Vida.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Cuidados à Pessoa com Alterações da Mobilidade - Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação**. [Em linha]. Lisboa, 2013. [Consultado em 13 Nov. 2016]. Disponível na www:<URL: http://www.ordemEnfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **CIPE: VERSÃO 1.0**. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, 2005. ISBN:92-95040-36-8.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2003) - **Classificação Internacional de deficiências, incapacidades e desvantagens**. Secretariado Nacional de Reabilitação. Ministério do Emprego e da Segurança Social. Lisboa.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (1986). A Carta de Ottawa – **Promoção da saúde nos países industrializados**. [Em linha]. Canadá, OMS [Consultado em 13 Nov. 2016]. Disponível na www: <URL http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Ottawa.htm.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (1987). A carta de Ottawa - um novo conceito: a promoção da saúde. Boletim de Saúde Panamericana.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - Relatório **Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: World Health Organization, 2002. ISBN: 972-675-082-2

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2004) - **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. [Em linha]. Lisboa: OMS. [Consultado em 30 Dez. 2016] Disponível na www: <URL: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf

ØSTHUS, Ivers. [et al.] - Telomere Length and Long-Term Endurance Exercise: **Does Exercise Training Affect Biological Age?** A Pilot Study. PloS. Vol.7, n. °12. 2012. e52769.

PALLANT, Julie - Survival Manual: **A step by step guide to data analysis using IBM SPSS**. 5ª Ed., New York, McGraw-Hill, 2013.

PARAHYBA, Maria; SIMÕES, Celso - A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva. [Em linha]. Brasil, 2006. [Consultado em 24 Abr. 2016]Disponívelna[www.<URL:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000400018&script=sci_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000400018&script=sci_abstract&tlng=pt)

PAÚL, Constança - A Construção de um modelo de envelhecimento humano. In: **Paul, Constança e Fonseca, António (Ed). Envelhecer em Portugal**. Lisboa: Climepsi. (2005)

PEREIRA, A.alexandre - Guia Prático de Utilização do SPSS: **Análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia**. 7ªEd. Lisboa: Edições Sílabo, 2008.

PEREIRA, Fernando -Teoria e Prática da Gerontologia. **Um guia para Cuidadores de Idosos**. Viseu: Psilóstoma, 2012.

PERLINI, N., Leite, M. e Furini, A. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: **Motivos apontados por familiar**. Revista Escola de Enfermagem USP, (Fevereiro 2007), p. 229-236.

PIMENTEL, Luísa. - **O Lugar do Idoso na Família**. Coimbra: Quarteto. (2005).

PINTO, Anabela. - **Reflexão sobre o envelhecimento em Portugal**. [Em linha]. Coimbra, 2006. [Consultado em 17 Abr. 2017]. Disponível na www: <URL: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/20268>

PORDATA – Base de dados de Portugal Contemporâneo. [Em linha]. Lisboa, 2018. [Consultado em 13 Fev. 2018]. Disponível na www: <URL [https://www.pordata.pt/Portugal/População+residente+total+e+por+grandes+grupos+etários+\(percentagem\)-3018](https://www.pordata.pt/Portugal/População+residente+total+e+por+grandes+grupos+etários+(percentagem)-3018)

PORTUGAL. DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. [Em linha]. Lisboa, 2004. [Consultado em 13 Out. 2016]. Disponível na www:<URL<http://www.minsaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E9E744DED94A9F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>

PORTUGAL. DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - Plano Nacional de Saúde. [Em linha]. Lisboa, 2012. [Consultado em 21 Dez. 2016]. Disponível na www:<URL<http://www.minsaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E744DED94A9F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. Objetivo para o Sistema de Saúde - **Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida** [Em linha]. Lisboa, 2012 [Consultado em 25 Abr. 2017]. Disponível na www: <URL http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_versaoresumo_maio20133.pdf

PORTUGAL - Instituto Nacional de Estatística. Departamento de Estatísticas Censitárias- O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas 2002. Lisboa: INE, 2002.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas - **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2006. ISBN: 972-675-155-1.

RAMOS, Luiz.- Factores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: **Projecto Epidoso, São Paulo**. [Em linha]. Rio de Janeiro,

2003. [Consultado em 07 Abr. 2017]. Disponível na www: <URL: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v19n3/15882.pdf>

RIBEIRO, José. - **Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde**. Lisboa: Climepsi Editores, 1999. ISBN 972-8489-44-5

RIBERTO, Marcelo. [et al.] Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. [Em linha]. São Paulo, 2004 [Consultado em 30 de Set. 2016] Disponível na www: <URL: <http://www.revistas.usp.br/actafisiatraca/article/view/102481>

RIBERTO, M. [et al.] - Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. São Paulo. ISSN 0104-7795. vol. 8 nº1 (2001), p. 45-52.

RODRIGUES, A. - Dependência no autocuidado dos idosos residentes em Lar. [Em linha]. Viseu, 2015. [Consultado em 14 de Janeiro de 2018]. Disponível na www: <URL: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3203/1/AnaMariaAlmeidaMarquesRodrigues%20DM.pdf>

SANTOS, P. - A depressão no Idoso. **Estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão**. Coimbra: Quarteto Editora, 2000, p. 131. ISBN: 972-8535-61

SCAAF, V. [et al.]. - **Poor functional status immediately after discharge from na intensive care unit**. [Em linha]. Amsterdão, 2008. [Consultado em 25 Abr. 2017]. Disponível na www: <URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19031208>

SIMKIN, B. - **Even frail elderly patients can benefit from exercise**. Geriatric times. 2002.

SOUSA, L.; FIGUEIREDO, D. e CERQUEIRA, M. - Envelhecer em família. Porto: Âmbar. 2006.

SOUSA, L K. (1998). **Promover a Saúde: a contribuição da educação**. Divisão de Educação para a Saúde da D.G.C.S.P. Lisboa: Ministério da Saúde

TEIXEIRA, L. I. P. - **Efeito da Atividade Física na Autonomia Funcional e Qualidade de Vida, em idosos a residir no Concelho de Câmara de Lobos**. Porto: Universidade do Porto. 2005. Mestrado em Ciências do Desporto.

TOMEY, M.; ALLIGOOD, M. - **Teóricas de Enfermagem e a sua obra - Modelos e Teorias de Enfermagem**. Loures: Lusodidacta, 2004. ISBN: 978-972-838-374-9.

TONES, K.- Promover a Saúde: a contribuição da educação. Divisão de Educação para a Saúde da D.G.C.S.P. Lisboa: Ministério da Saúde, 1998.

VAZ, E. - A velhice na primeira pessoa. Penafiel: Editorial, (Novembro 2008).

VERAS, R. - **Terceira Idade: gestão contemporânea em saúde**. Rio de Janeiro: Relume Dumara, (2002) p.52-55

WHALEY, M. [et al.]) - **Physical fitness and clustering of risk factors associated with the metabolic syndrome**. Medicine and science in sports and exercise, vol. 31, n. °2. (1999) p.287-293.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Tackling Chronic Disease in Europe. **Strategies, interventions and challenges**. UK. 2010, Série 20.Observatory Studies,

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Good health adds life to years- global brief for World Health Day**. 2012. [Consultado em 14 de Out. de 2016], Disponível na: <URL:http://www.who.in/about/licensing/copyright_form/en/index.html

ZEJDLIK, Cynthia R. N. - Enfermagem de Reabilitação. In: BRYAN, O`Young; [et al.] - **Segredos em Medicina Física e de Reabilitação**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. ISBN 1-56053-155-X. p. 207-209

**ANEXO A - PEDIDO FORMAL DE AUTORIZAÇÃO PARA
COLHEITA DE DADOS ÀS INSTITUIÇÕES**

Ao Exmo. Sr. Provedor Dr. Alípio Pinto

Da Santa Casa da Misericórdia de Ponte de Lima

Rua General Norton de Matos, 502 4990 - Ponte de Lima

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo

A estudante Maria José Gomes Sendão, a frequentar o IV Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, pretende realizar um estudo investigação subordinado ao tema “Promoção da Saúde no Idoso: Contributos da Enfermagem de Reabilitação na manutenção da funcionalidade no idoso Institucionalizado.” Sob a orientação da Professora Doutora Maria Salomé Martins Ferreira. Este estudo tem como objetivo conhecer os contributos da Enfermagem de Reabilitação na manutenção da funcionalidade no idoso Institucionalizado e a colheita de dados será efetuada através da aplicação do Mini Mental e da aplicação da escala da Medida de Independência Funcional antes e após da intervenção de um programa de reeducação funcional motora, sendo efetuado no período Março / Abril de 2017 aos idosos institucionalizados, selecionados para o estudo.

Assegura-se que só serão incluídos os intervenientes que se disponibilizem a participar no estudo, após consentimento informado e esclarecido, que as questões éticas serão salvaguardadas, que não haverá prejuízo do normal funcionamento dos serviços, e que os resultados do estudo serão disponibilizados à instituição, logo que os solicite.

Assim, solicito que seja pedida autorização para realização do estudo supracitado.

Atenciosamente

Viana do Castelo, Fevereiro de 2017

À Direção Técnica

Da Casa da Caridade Nossa Senhora da Conceição

Rua Agostinho José Taveira, 7 4990 - 072 Ponte de Lima

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo

A estudante Maria José Gomes Sendão, a frequentar o IV Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, pretende realizar um estudo investigação subordinado ao tema “Promoção da Saúde no Idoso: Contributos da Enfermagem de Reabilitação na manutenção da funcionalidade no idoso Institucionalizado.” Sob a orientação da Professora Doutora Maria Salomé Martins Ferreira. Este estudo tem como objetivo conhecer os contributos da Enfermagem de Reabilitação na manutenção da funcionalidade no idoso Institucionalizado e a colheita de dados será efetuada através da aplicação do Mini Mental e da aplicação da escala da Medida de Independência Funcional antes e após da intervenção de um programa de reeducação funcional motora, sendo efetuado no período Março / Abril de 2017 aos idosos institucionalizados, selecionados para o estudo.

Assegura-se que só serão incluídos os intervenientes que se disponibilizem a participar no estudo, após consentimento informado e esclarecido, que as questões éticas serão salvaguardadas, que não haverá prejuízo do normal funcionamento dos serviços, e que os resultados do estudo serão disponibilizados à instituição, logo que os solicite.

Assim, solicito que seja pedida autorização para realização do estudo supracitado.

Atenciosamente

Viana do Castelo, Fevereiro de 2017

ANEXO B- MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MEEM)

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)	
1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)	
Em que ano estamos?	Em que terra vive?
Em que país estamos?	Em que dia da semana estamos?
Em que mês estamos?	Em que casa estamos?
Em que distrito vive?	Em que estação do ano estamos?
Em que dia do mês estamos?	Em que andar estamos?
2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)	
"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".	Pêra ____ Gato ____ Bola ____
3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)	
"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".	27_ 24_ 21_ 18_ 15_
4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta.)	
"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".	Pêra ____ Gato ____ Bola ____
5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)	
a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:	Relógio ____ Lápis ____
b. "Repita a frase que eu vou dizer:	O RATO ROEU A ROLHA" ____
c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.	Pega com a mão direita ____ Dobra ao meio ____ Coloca onde deve ____
d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz".	Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHÉ OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase. Fechou os olhos ____
e. "Escreva uma frase inteira aqui".	Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. ____
6. Capacidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta.) Deve copiar um desenho.	
Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação. ____	
TOTAL (Máximo 30 pontos):	
Pontos Analfabetos ≤15	1 a 11 anos de escolaridade ≤22
Escolaridade superior a 11 anos ≤27	
PONTUAÇÃO	
É atribuído um ponto à resposta correta a cada questão, perfazendo a pontuação final o máximo de 30 pontos. Qualquer pontuação igual ou superior a 27 (de um total de 30) é efetivamente normal (intacto). Abaixo disso, a pontuação pode indicar perda cognitiva grave (≤9 pontos), moderada (10 a 20 pontos) ou leve (21 a 24 pontos). ¹ A interpretação da pontuação final depende do nível educacional do idoso.	

ANEXO C - MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (MIF)

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (MIF)			
N I V E I S	7 - Independência completa (em segurança e tempo normal)	SEM AJUDA	
	6 - Independência modificada (Ajuda técnica)		
	5- Supervisão	AJUDA	
	4- Ajuda mínima (indivíduo ≥ 75%)		
	3- Ajuda moderada (indivíduo ≥ 50%)		
	2- Ajuda máxima (indivíduo ≥ 25%)		
	1- Ajuda total (indivíduo ≥ 0%)		
AUTOCUIDADOS		ADMISSÃO	FINAL
A - Alimentação			
B - Higiene Pessoal			
C - Banho (Lavar o corpo)			
D - Vestir metade superior			
E - Vestir metade inferior			
F - Utilização de sanita			
CONTROLO DE ESFINCTERES		ADMISSÃO	FINAL
G - Bexiga			
H - Intestino			
MOBILIDADE		ADMISSÃO	FINAL
I - Leito, cadeira, cadeira de rodas			
J - Sanita			
K - Banheiro			
LOCOMOÇÃO		ADMISSÃO	FINAL
L - Marcha/cadeira de rodas			
M - Escadas			
COMUNICAÇÃO		ADMISSÃO	FINAL
N - Compreensão			
O - Expressão			
COGNIÇÃO SOCIAL		ADMISSÃO	FINAL
P - Interação social			
Q - Resolução de problemas			
R - Memória			
TOTAL			
(Não deixe nenhum ponto em branco: se não testável marques 1)			

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

Este questionário tem como objetivo conhecer as características sociodemográficas da população, no sentido de compreender todos os fatores associados ao seu problema atual. Solicita-se que responda com sinceridade a todos os itens, sendo que todas as informações são confidenciais.

1. Idade (anos): _____

2. Tempo de Institucionalização: _____

3. Nível Escolaridade:

- ☐ Nenhum
- ☐ 1º Ciclo
- ☐ 2º Ciclo
- ☐ 3º Ciclo
- ☐ Ensino Secundário
- ☐ Ensino Superior

4. Género:

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

5. Estado Civil:

- ☐ Casado/União facto
- ☐ Solteiro
- ☐ Viúvo
- ☐ Divorciado

6. Antecedentes Pessoais:

APÊNDICE B - PROGRAMA DE REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA

PROGRAMA DE REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA						
			EXERCÍCIOS	DURAÇÃO		FREQUENCIA
FORÇA MUSCULAR MEMBROS INFERIORES			Caminhadas	5 min		5 X SEM
Força Muscular membros superiores	BRAÇO/ANTEBRAÇO		Halteres (1 kg) 2	2	5 min	5 X SEM
	MÃO		Bolas anti stress	1		
	DEDOS		Segurar berlindes/molas de roupa	2		
	RESISTÊNCIA			Caminhadas (com halteres)	5 min	
EQUILÍBRIO			Apoiar numa cadeira e fletir as pernas 15e vzes;	2 min		5 X SEM
			Caminhar numa linha reta no chão e tentar andar sem sair da linha;			
			Andar sem sair do lugar;			
			Contornar Cones;			
FLEXIBILIDADE MEMBROS INFERIORS			Alongamentos	5 min		5 X SEM
FLEXIBILIDADE MEMBROS SUPERIORES			Alongamentos	5 min		5 X SEM

**APÊNDICE C - AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE REEDUCAÇÃO
FUNCIONAL MOTORA POR SESSÃO**

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA													
		EXERCÍCIOS		1ª SESSÃO	2ª SESSÃO	3ª SESSÃO	4ª SESSÃO	5ª SESSÃO	6ª SESSÃO	7ª SESSÃO	8ª SESSÃO	9ª SESSÃO	10 SESSÃO
FORÇA MUSCULAR MEMBROS INFERIORES		Caminhadas	1										
Força Muscular membros superiores	BRAÇO/ANTEBRAÇO	Halteres (1 kg)	1	3									
	MÃO	Bolas anti stress	1										
	DEDOS	Segurar berlindes / molas de roupa	1										
RESISTÊNCIA		Caminhadas (com halteres)	1										
EQUILÍBRIO		Apoiar numa cadeira e fletir as pernas 15 vezes;	1	4									
		Contornar Cones	1										
		Andar sem sair do lugar;	1										
		Caminhar numa linha reta no chão e tentar andar sem sair da linha;	1										
FLEXIBILIDADE DOS MEMBROS INFERIORS		Alongamentos	1										
FLEXIBILIDADE DOS MEMBROS SUPERIORES		Alongamentos	1										
TOTAL:													



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

